VII kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej (nr 8)**

z dnia 23 października 2014 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 8)

23 października 2014 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem posła **Michała Szczerby (PO)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informacje Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia na temat zdrowotnych i społecznych skutków chorób cywilizacyjnych wieku podeszłego.

W posiedzeniu udział wzięli: **Radosław Mleczko** podsekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Dariusz Poznański** naczelnik Wydziału Psychiatrii i Patologii Społecznych w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Teresa Hernik** prezes zarządu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, **Marek Cytacki** główny specjalista w Zespole Interwencyjno-Poradniczym Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Anna Solarska** specjalista w Biurze Rzecznika do Spraw Równego Traktowania, prof. dr hab. nauk med. **Bolesław Samoliński** przewodniczący Rady do Spraw Polityki Senioralnej przy Ministrze Pracy i Polityki Społecznej, prof. dr hab. nauk med. **Janusz Szymborski** członek Rządowej Rady Ludnościowej, prof. dr hab. nauk med. **Edward Franek** konsultant wojewódzki w dziedzinie diabetologii, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, prof. nadzw. dr hab. nauk med. **Krystyna Księżopolska-Orłowska** konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, prof. nadzw. dr hab. **Danuta Mielżyńska-Švach** konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia środowiskowego, prof. dr hab. nauk med. **Janina Stępińska** past prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Kliniki Intensywnej Terapii Kardiologicznej w Instytucie Kardiologii w Aninie, prof. dr hab. nauk med. **Wiesław Jędrzejczak** kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie, prof. dr hab. nauk med. **Paweł Śliwiński** kierownik IV Kliniki Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, prof. dr hab. nauk med. **Barbara Bień** kierownik Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prof. nadzw. dr hab. nauk med. inż. **Krzysztof Kochanek** sekretarz naukowy Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, dr nauk med. **Michał Skalski** adiunkt w Klinice Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. dr hab. **Jan Antoszkiewicz** dziekan Wydziału Zarządzania Społecznej Akademii Nauk w Warszawie, **Małgorzata Mossakowska** pracownik nauki Instytutu Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jerzy Gryglewicz** ekspert do spraw zdrowia Uczelni Łazarskiego, **Anna Jakrzewska-Sawińska** kierownik Poradni Geriatrycznej przy Wielkopolskim Stowarzyszeniu Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe" w Poznaniu, **Ryszard Olszanowski** prezes Izby Gospodarczej MEDYCYNA POLSKA wraz ze współpracownikami, **Wojciech Nowak** external affairs director w Novartis, **Jacek Graliński** external affairs manager w AbbVie Polska, **Piotr Przygodzki** healthcare manager w Abbott Laboratories Poland, **Janina Mielczarek** dyrektor Stowarzyszenia „mali bracia Ubogich", **Zofia Niczke** prezes Fundacji „Emeryt" wraz ze współpracownikami, **Irena Drążkiewicz** przewodnicząca Samorządu Słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku Politechniki Warszawskiej, **Lucyna Wasilewska** prezes Towarzystwa Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Ursusie wraz ze współpracownikami, **Krystyna Męcik** prezes Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Łazach, **Helena Walas** i **Stanisław Trzmiel** wiceprezesi Grochowskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku wraz ze współpracownikami, **Elżbieta Szwarc** wiceprezes Pierwszego Żoliborskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku wraz ze współpracownikami, **Maria Surawska** wiceprezes Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Wesołej, **Ewa Kozdroń** prezes Uniwersytetu Trzeciego Wieku Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie wraz ze współpracownikami, **Barbara Kopczyńska** i **Antoni Nowocin** członkowie Mazowieckiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, **Cecylia Martone** członek Wilanowskiego Uniwersytetu Trzeciego

Wieku, **Aleksander Kubacki** członek Prezydium Związku Żołnierzy Wojska Polskiego wraz ze współpracownikami, **Jacek Magdziarz** słuchacz Stowarzyszenia Agentów Ubezpieczeniowych, **Agnieszka Żalińska** prezes Fundacji Perpetuum Mobile wraz ze współpracownikami, **Olga Wiśniewska** radca Fundacji ZACZYN, **Konrad Szczodrak** przedstawiciel Centrum Medycznego Synexus, **Kazimierz Seroczyński** przedstawiciel Fundacji Aktywni Całe Życie.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Jakub Krowiranda**, **Elżbieta Przybylska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dzień dobry państwu. Szanowni państwo, witam wszystkich bardzo serdecznie na ósmym posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej. Witam wszystkich zaproszonych gości. Otrzymali państwo zawiadomienie o posiedzeniu. Chciałbym także bardzo serdecznie przywitać prezydium naszej Komisji. Chciałbym zapytać, czy są jakieś uwagi do porządku dziennego. Szanowni państwo, nie słyszę. W związku z powyższym chciałbym, żebyśmy przystąpili do realizacji porządku dziennego, który obejmuje informacje Ministra Zdrowia oraz Ministra Pracy i Polityki Społecznej na temat zdrowotnych i społecznych skutków chorób cywilizacyjnych wieku podeszłego. O odniesienie się do owej kwestii, o zreferowanie i zdrowotnych, i społecznych skutków chorób cywilizacyjnych poprosiliśmy Ministra Zdrowia oraz Ministra Pracy i Polityki Społecznej. Otrzymali państwo materiał pisemny przedstawiony przez oba ministerstwa.

Szanowni państwo, chciałbym powiedzieć kilka słów w ramach krótkiego wprowadzenia. Otóż jak państwo wiecie, choroby cywilizacyjne to jeden z największych problemów zdrowotnych państw wysokorozwiniętych i wszystkich krajów szybko rozwijających się, także Polski. Wśród ich przyczyn podstawowe znaczenie ma styl życia mieszkańców czy też poszczególnych grup społecznych. Współczesne choroby o masowym zasięgu, szczególnie dotykające starszą populację, wiążą się z wieloma czynnikami ryzyka, wśród których dużą rolę odgrywają: mała aktywność ruchowa, nieprawidłowe i zbyt kaloryczne żywienie, nadmierne obciążenia emocjonalne, psychiczne, palenie tytoniu, alkohol i inne używki. Do problemów zdrowotnych o dużym zasięgu społecznym we wszystkich krajach wysokorozwiniętych należą dziś choroby otyłości, cukrzycy, zmian miażdżycowych, choroby dotyczące układu sercowo-naczyniowego, a także nadciśnienie tętnicze, osteoporoza, niektóre rodzaje nowotworów, choroby psychiczne i inne. Chcielibyśmy porozmawiać o wielochorobowości, o zagrożeniach, które wynikają z chorób cywilizacyjnych.

Chciałbym poinformować, że jest z nami pan minister Radosław Mleczko, podsekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej. Witamy serdecznie pana ministra. Za chwileczkę dołączy do nas będący już na terenie Sejmu pan wiceminister Igor Radziewicz-Winnicki, który jest na konkurencyjnym posiedzeniu Komisji. Dołączy do nas i zreferuje interesujący nas obszar w odniesieniu do zdrowia. Chciałbym bardzo serdecznie przywitać także wielu gości. Oczywiście są z nami pan profesor Samoliński, przewodniczący Rady do Spraw Polityki Senioralnej oraz stały doradca Komisji, pani profesor Stępińska, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, pan profesor Edward Franek, konsultant w dziedzinie diabetologii, pan profesor Jędrzejczak, pan profesor Paweł Śliwiński, pan profesor Krzysztof Kochanek, pan doktor Michał Skalski, pani profesor Krystyna Księżopolska-Orłowska, konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, pan profesor Danuta Mielżyńska-Švach, która jest konsultantem w dziedzinie zdrowia środowiskowego, są konsultanci wojewódzcy, jest pan profesor Szymborski z Głównego Urzędu Statystycznego, jest pani profesor Barbara Bień, która jest kierownikiem Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Będą dwa referaty, które zostaną przedstawione przez panów ministrów. Będę prosił o zabranie głosu także pana profesora Bolesława Samolińskiego. Mam również listę chętnych osób, które chciałyby zabrać głos i podzielić się swoim doświadczeniem, doświadczeniem w zakresie i profilaktyki, i leczenia chorób cywilizacyjnych, które zostały wymienione. Chcielibyśmy, żeby dzisiejsze posiedzenie Komisji stanowiło zebranie pewnych rekomendacji, które będą wypływały z państwa wystąpień i dyskusji, która mam nadzieję, że się pojawi, a która będzie dla nas ważnym punktem odniesienia w pracach

dotyczących integracji polityki zdrowotnej z polityką społeczną. Ponieważ pan minister Winnicki za chwilkę do nas dołączy, jeżeli pan minister Mleczko zgodzi się, żebyśmy rozpoczęli od społecznych skutków, od resortu pracy i polityki społecznej, będę bardzo wdzięczny.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Radosław Mleczko:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo. Przede wszystkim w imieniu pana ministra Władysława Kosiniaka-Kamysza chciałbym bardzo podziękować za zaproszenie na spotkanie Komisji. Chciałbym podkreślić, że działalność Komisji, możliwość spotkania się z państwem jest dla nas bardzo istotnym poszerzeniem tego, co dzieje się w Radzie do Spraw Polityki Senioralnej, tego, co dzieje się za sprawą realizowanego Rządowego Programu na Rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych, który został przyjęty, tego, co realizuje Departament Polityki Senioralnej, jak państwo wiedzą, nie tak dawno powołany przez pana ministra Kosiniaka-Kamysza. Dzisiaj jest ze mną pani Marzena Breza, dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej. Będzie państwu służyła szczegółowymi odpowiedziami dotyczącymi tych prac, które w tej chwili są przez nas prowadzone.

W odpowiedzi na wystąpienie pana przewodniczącego pan minister Kosiniak-Kamysz skierował do pana przewodniczącego obszerną informację, która w tym przypadku dotyczy przede wszystkim kwestii związanych z usługami opiekuńczymi, a także specjalistycznymi usługami opiekuńczymi, ale też kwestii dotyczących Rządowego Programu na Rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych, o którym mówiłem przed chwilą. Jak powiedział pan przewodniczący, dzisiejsze spotkanie ma służyć przede wszystkim wymianie opinii i poglądów, a także sformułowaniu pewnych rekomendacji, które będziemy starali się uwzględniać w naszych dalszych pracach. Cieszę się na możliwość wymiany zdań. Jeżeli w stosunku do pisma, które do państwa skierował pan minister Kosiniak-Kamysz będą państwo mieli jakieś szczegółowe pytania, poprosimy naszych ekspertów o udzielenie na nie odpowiedzi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję bardzo panu ministrowi. Szanowni państwo, czekamy na pana ministra Winnickiego. Natomiast jest z nami pan Dariusz Poznański, który został upoważniony przez pana ministra zdrowia do tego, żeby zabrać głos. Bardzo proszę, jeżeli jest pan na sali.

Naczelnik Wydziału Psychiatrii i Patologii Społecznych w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dariusz Poznański:

Dzień dobry. Dariusz Poznański. Naczelnik wydziału. Departament Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia. W sytuacji braku pana ministra postaram się powiedzieć kilka dodatkowych słów w stosunku do tego, co było zawarte…

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Może zaprosimy pana na chwileczkę do prezydium. Chyba będzie łatwiej.

Naczelnik wydziału MZ Dariusz Poznański:

Szanowny panie przewodniczący, szanowne panie i panowie posłowie, szanowni państwo. Minister Zdrowia faktycznie dostrzega problemy chorób cywilizacyjnych. Jest to jeden z ważniejszych problemów, który dotyczy coraz większej liczby osób starszych. Demografia jest nieubłagana. Zgodnie z ostatnią prognozą dokonaną przez Główny Urząd Statystyczny, do 2050 roku polskie społeczeństwo będzie podlegało zmianom cywilizacyjnym w postaci coraz bardziej postępującego starzenia się społeczeństwa. Jednocześnie struktura demograficzna będzie powodować, że zagadnienia chorób cywilizacyjnych, obciążenia społeczeństwa będą coraz większym wyzwaniem dla naszego społeczeństwa.

W materiałach, które zostały przygotowane, jakie, mam nadzieję, zostały przekazane państwu przed posiedzeniem, próbowaliśmy dokonać analizy, która była dla nas troszeczkę trudna, dlatego że granice chorób cywilizacyjnych nie do końca są określone. W skład takich schorzeń różni eksperci włączają poszczególne jednostki chorobowe lub nie. Po naszym przeglądzie i zakwalifikowaniu wybranych grup schorzeń takich jak: choroby układu krążenia, choroby psychiczne, choroby nowotworowe, choroby układu oddechowego, dokonaliśmy podsumowania wydatków. Jeżeli chodzi o udział owych wydatków

w środkach finansowych, które Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, to jest to bardzo istotna pozycja. Chociażby w odniesieniu do samego leczenia szpitalnego jest to kwota 5.000.000 tys. zł. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej jest to kwota 500.000 tys. zł. Świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne w ramach opieki długoterminowej to kolejna kwota 1.500.000 tys. zł. Postaraliśmy się dla państwa przygotować bardzo szczegółową analizę. Możemy ją państwu przekazać, jeżeli dostaniemy np. adresy mailowe. Informacje te są dla państwa dostępne.

Bardzo dziękujemy za zaproszenie, za podjęcie tak ważnego zagadnienia. W razie pytań lub dyskusji pozostajemy do państwa dyspozycji na sali. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję. Oczywiście wychodząc z sali otrzymacie państwo materiały, o których wspominał pan minister Mleczko i pan Poznański z Ministerstwa Zdrowia.

Szanowni państwo, proponuję, żebyśmy teraz oddali głos panu profesorowi Samolińskiemu, a następnie pani profesor Janinie Stępińskiej. Proszę, żeby pan profesor rozpoczął merytoryczną część naszego posiedzenia.

Przewodniczący Rady do Spraw Polityki Senioralnej przy Ministrze Pracy i Polityki Społecznej prof. dr hab. nauk med. Bolesław Samoliński:

Panie przewodniczący, szanowne panie i panowie, panie ministrze, proszę państwa. Bardzo krótko, ponieważ mamy na sali wielu ekspertów z obszaru nauk klinicznych, którzy powinni zdążyć zabrać głos i powiedzieć, jak wygląda rzeczywistość w poszczególnych dyscyplinach medycyny. Tytułem wstępu chciałbym jedynie powiedzieć, że z punktu widzenia polityki senioralnej krytyczne jest to, że senior wraz z upływem czasu staje się coraz mniej sprawny. Wynika to z wielochorobowości, która od pięćdziesiątego roku życia narasta w grupie osób w wieku podeszłym, aż mniej więcej w wieku około osiemdziesięciu lat – powołuję się tutaj na to, co mówi pani profesor Bień, która też pewnie będzie o tym mówiła – osiąga niepełną sprawność i jest pod opieką geriatrii. Senior wchodzi tutaj w opiekę geriatryczną. Do osiemdziesiątego roku życia wiele osób wykazuje na tyle istotną sprawność, że daje sobie radę w codziennym życiu. Natomiast wielochorobowość czyni z nich pewnych inwalidów społecznych, rodzinnych, finansowych.

Najważniejszym czynnikiem, główną determinantą zdrowia jest ubóstwo. Jest to wielkie wyzwanie. Ubóstwo oczywiście ma swoje odzwierciedlenie w dostępie do nowych technologii. Kiedy złożymy to w jedną całość, mamy obraz, który dzisiaj jest wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej, ale też i dla całego państwa. Jest to budowanie bezpieczeństwa seniorów poprzez inwestycje w zdrowie, w wysokie technologie. Taka jest moja nadzieja. Postulowałem, żebyśmy dzisiaj rozmawiali bardziej nie o problemach narzekania na Narodowy Fundusz Zdrowia, ponieważ to nie jest ta komisja sejmowa, nie jest to to spotkanie, tylko ukierunkowali swoje wypowiedzi na to, w jaki sposób politykę zdrowotną dzisiaj adaptować do potrzeb polityki senioralnej, w jaki sposób wielochorobowość powinna być przedmiotem debat właśnie w gronie ekspertów, którzy zajmują się polityką senioralną. To tyle tytułem wstępu, panie przewodniczący, ponieważ wiem, że czas ucieka, a naprawdę jest dużo do powiedzenia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję panu profesorowi Samolińskiemu. Chciałbym teraz poprosić o głos panią profesor Janinę Stępińską z Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, z Kliniki Intensywnej Terapii Kardiologicznej w Instytucie Kardiologii w Warszawie. Pani profesor, bardzo prosimy o prezentację.

Past prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Kliniki Intensywnej Terapii Kardiologicznej w Instytucie Kardiologii w Aninie prof. dr hab. nauk med. Janina Stępińska:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Bardzo dziękuję za zaproszenie. Jestem poprzednim prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Nie mam konfliktu interesów związanego z prezentacją. Proszę państwa, dla nikogo nie jest tajemnicą, że najczęstszą przyczyną zgonów w Polce są...

Głos z sali:

Panie przewodniczący, bardzo przepraszam na chwilę. Czy można by było uruchomić tutaj monitor, ponieważ nie wiemy, kto przemawia, jak to wygląda? Słyszymy, ale nie wiemy, kto mówi. Czy można by było?

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Poprosimy sekretariat o pomoc w uruchomieniu. Bardzo proszę, pani profesor.

Past prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Kliniki Intensywnej Terapii Kardiologicznej w Instytucie Kardiologii w Aninie prof. dr hab. nauk med. Janina Stępińska:

Możemy zaprosić państwa z tej strony. Jest dużo miejsc. Poczekać czy mówić, panie przewodniczący?

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Proszę mówić, pani profesor.

Past prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Kliniki Intensywnej Terapii Kardiologicznej w Instytucie Kardiologii w Aninie prof. dr hab. nauk med. Janina Stępińska:

Proszę państwa, jeżeli chodzi o populację osób starszych powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia – są to dane, które przedstawiam na podstawie analizy Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Departamentu Świadczeń Zdrowotnych – dane wskazują, że zarówno w populacji kobiet, jak i w populacji mężczyzn powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia dominują choroby układu sercowo-naczyniowego. Wśród pierwszych dziesięciu chorób, które są wymieniane w jednej i w drugiej populacji, są niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca, które skutkują udarem mózgu, a o skutkach społecznych tej choroby, nie tylko dla osób chorych, ale również dla ich rodzin, nie muszę mówić. Jest to też problem zawałów serca, niestabilnej choroby wieńcowej, miażdżycy, chorób degeneracyjnych, w tym coraz częstszej wady serca, którą jest stenoza aortalna. W kilku zdaniach powiem, jakie są związane z tym problemy.

Niewydolność serca. Nie jest niespodzianką, że liczba chorych z niewydolnością serca rośnie. Są to dane amerykańskie. W pełni pokrywają się one z danymi polskimi. Co oznacza chory z niewydolnością serca w wieku podeszłym? Jest to co najmniej dziesięć wizyt rocznie u specjalistów z różnych dziedzin. Jest to pacjent, który przyjmuje co najmniej dwadzieścia tabletek z dziedziny kardiologii, a sumują się one z lekami przyjmowanymi z powodu zaleceń innych specjalistów. Jeżeli spojrzymy na wartości rozliczonych hospitalizacji w 2012 roku z powodu niewydolności serca u osób powyżej sześćdziesiątego dziewiątego roku życia, jak państwo widzą, liczby te są ogromne. Pokrywają się one z danymi z Narodowego Funduszu Zdrowia z 2012 roku. Liczba hospitalizacji wynosi prawie 150 tys. Każda średnio kosztuje około 2500 zł.

Migotanie, trzepotanie przedsionków, arytmia u osób starszych, jak powiedziałam, często powodują udar mózgu. Taką arytmię ma jedna na dwadzieścia pięć osób w wieku powyżej sześćdziesięciu lat, ale już jedna na dziesięć w wieku powyżej osiemdziesiątego roku życia. W tej chwili jest to problem około 400 tys. osób. Spodziewamy się, że w ciągu najbliższych dziesięciu, piętnastu lat liczba ta się podwoi. Częstość występowania migotania przedsionków rośnie z wiekiem, podobnie jak z wiekiem rośnie liczba udarów mózgu, które są spowodowane właśnie migotaniem przedsionków. Musimy mieć świadomość, że jest to trzecia przyczyna zgonów i główna przyczyna niesprawności osób dorosłych. Udary mózgu spowodowane migotaniem przedsionków. Szacuje się, że w Polsce rocznie udar mózgu ma 60 tys. osób. Tak jak powiedziałam, w większości dotyczy to populacji osób starszych.

Choroba wieńcowa i zawał serca. Proszę zobaczyć, jest to średni wiek chorych, u których wykonuje się badanie naczyń wieńcowych, czyli koronarografię. Jest to krzywa u góry. Krzywa u dołu to średni wiek osób, które mają wykonywaną koronarografię z powodu zawału serca. Średnia wieku również przekroczyła już sześćdziesiąt pięć lat. Jeżeli spojrzeć na procent osób, które mają wykonywane zabiegi interwencyjne na naczyniach wieńcowych w wieku powyżej osiemdziesiątego roku życia, jest to 14%. Spójrzmy

też na średni wiek chorych hospitalizowanych w intensywnej terapii kardiologicznej. Liczba chorych powyżej siedemdziesięciu pięciu lat przekracza już 40%.

I ostatni ważny problem. Jest to miażdżyca, choroby serca i naczyń, w tej chwili najczęściej przejawiające się w degeneracyjnym zwężeniu zastawki aortalnej. Musimy mieć świadomość, że prawie 10% populacji powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia ma stenozę aortalną, zwężenie zastawki aortalnej. W populacji osób starszych powyżej osiemdziesiątego piątego roku życia liczba ta przekracza 13%. Są to chorzy, którzy nie są już kandydatami do leczenia chirurgicznego, którzy metodami nieinwazyjnymi powinni mieć wykonywaną procedurę wszczepiania zastawki.

Proszę państwa, jaki jest typowy pacjent kardiologiczny w tej chwili? Jest to pacjent, który ma więcej niż siedemdziesiąt pięć lat, jest już po zawale, często po interwencji na naczyniach, ma zwężenie zastawki aortalnej i ma ileś chorób współistniejących, najczęściej jest to przebyty udar, przewlekła obturacyjna choroba płuc, niewydolność nerek, niedokrwistość, zmiany zwyrodnieniowe kości i stawów, depresja, demencja i często choroba nowotworowa. Jest to pacjent kardiologiczny. Tak wygląda rozpoznanie typowego pacjenta wypisywanego z oddziału kardiologicznego. Proszę zobaczyć, jaka jest liczba chorób współistniejących. Niestety pociąga to za sobą spożywanie takiej liczby tabletek.

Co mamy chorym do zaproponowania? Jak sobie wyobrażamy rozwiązanie problemu? Wyzwaniem dla kardiologii jest dostęp do nowych technologii. Wyobrażamy sobie, że bardzo pomocna będzie telemedycyna. Kontrola telemedyczna może polegać na kontroli urządzeń wszczepianych u osób starszych, jak również na możliwości kontaktu z osobami, które niekoniecznie są personelem medycznym, ale które przy pomocy telemedycyny będą mogły pomóc w konsultowaniu osób starszych, dla których nie będzie konieczny przyjazd do ambulatorium czy też oddziału szpitalnego. Proszę państwa, wyzwania dla kardiologii wieku podeszłego jest to również dostęp do nowych technologii, są to rozmaite sztuczne urządzenia, ale też cały wachlarz możliwości regeneracji serca zarówno jeżeli chodzi o rytm serca, jak i ukrwienie czy zastąpienie uszkodzonego mięśnia sercowego.

Tutaj jest ostatnie przeźrocze pokazujące, jakie mamy rezerwy w wydłużeniu życia ludzkiego. Na różowo zaznaczona jest liczba lat, o ile lat krócej w Polsce żyją mężczyźni w porównaniu do innych krajów oraz to, w jakich grupach tkwią największe rezerwy. Największe rezerwy niewątpliwie tkwią w kardiologii. Jeżeli porównamy się z Francją, mężczyźni żyją o wiele lat krócej, ale skrócenie życia o prawie cztery lata wynika z chorób układu sercowo-naczyniowego. A to jest grupa kobiet. I znowu dominuje kardiologia. Proszę państwa, kardiologia wieku podeszłego. Czego możemy się spodziewać? W ciągu najbliższych trzydziestu lat na pewno dwukrotnie częściej będą występowały choroba wieńcowa, niewydolność serca, migotanie przedsionków i stenoza aortalna. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękuję, pani profesor, za zreferowanie obszaru kardiologicznego.

Chciałbym przeprosić tych państwa, którym monitor zasłania, że tak powiem, czytelność obrazu głównego monitora. Niestety, Kancelaria Sejmu nie jest w stanie technicznie uruchomić owego monitora. Jeżeli komuś bardzo to przeszkadza, proszę o przeniesienie się do rzędu, stołu po środku lub po mojej lewej stronie, jeżeli jest to możliwe.

W tym momencie, jeżeli państwo pozwolicie, chciałbym poprosić pana profesora Edwarda Franka, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie diabetologii, żeby zechciał podzielić się z nami swoim doświadczeniem. Panie profesorze, bardzo proszę.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie diabetologii, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego prof. dr hab. nauk med. Edward Franek:

Dzień dobry państwu. Przepraszam, też przygotowałem prezentację na przeźroczach, którą z tyłu nie za bardzo widać, ale postaram się powiedzieć to troszeczkę bardziej opisowo. Proszę państwa, cukrzyca jest poważnym problemem, jest olbrzymim problemem. Jest niejako wstępem do chorób układu sercowo-naczyniowego, będąc bardzo silnym czynnikiem ryzyka zawału, udaru, innych chorób sercowo-naczyniowych. Te ciemne plamy to tam, gdzie cukrzyca jest najczęstsza. Generalnie zachorowalność na tę chorobę

jest olbrzymia. W 2010 roku na świecie było to prawie 300.000 tys., a w roku 2030 jest prognozowany wzrost do 438.000 tys. Obecnie kolejne prace idą coraz wyżej. Jak państwo widzicie, problem jest narastający, krzywe coraz bardziej stromo prowadzą do góry. Obecnie mówi się, że na świecie będzie 550.000 tys., a nawet więcej ludzi, którzy w roku 2030 będą chorzy na cukrzycę.

Jak to wygląda w Polsce, niestety nie do końca wiemy. Są różne szacunki. Są to szacunki z tzw. atlasu International Diabetes Federation, która oceniała, że w 2011 roku mieliśmy 3000 tys. chorych i że w roku 2030 będziemy mieli 3500 tys. chorych. Dane z badania NATPOL – pan profesor Tomasz Zdrojewski, główny autor tego badania jest tutaj z nami na sali – pokazują, że częstość w Polsce wzrasta. W roku 2011 w Polsce w populacji dorosłej było prawdopodobnie 1600 tys. chorych. A więc szacunki są bardzo różne, od 1600 tys. do 3500 tys. Niestety, w Polsce brak jest rejestru chorych na cukrzycę, który być może uda się zrobić. Być może uda się przewalczyć, żeby to było. W każdym razie myślę, że najbliższe prawdy szacunki to około 2000 tys. Jeżeli tak przyjmiemy, będzie to oznaczać, że powikłania cukrzycy takie jak retinopatia i nefropatia występują odpowiednio u 600 tys. i 200 tys. Polaków. A więc prawie 1000 tys. Polaków ma powikłania mikronaczyniowe i prawdopodobnie drugie tyle powikłania makronaczyniowe cukrzycy.

Chciałbym powiedzieć, jak to wygląda u ludzi starszych na podstawie badania PolSenior, reprezentatywnego badania populacji osób starszych. Wielu z państwa uczestniczyło w owym badaniu. Na sali są członkowie komitetu sterującego. Tym, którzy nie widzieli tegoż badania, chciałbym je pokazać tytułem wstępu. Jest to próbkowanie rozsiane w całej Polsce. Jeżeli popatrzycie na to państwo, to zobaczycie, że w populacji ludzi starszych po sześćdziesiątym piątym roku życia częstość cukrzycy nie wynosi już 5%. Częstość cukrzycy rozpoznanej wynosi 18%, cukrzycy nierozpoznanej wynosi 4%, a więc razem mamy 22%. Do tego jest 20% nieprawidłowej glikemii na czczo. Ile jest w obciążeniu z krzywą cukrową, tego jeszcze nie wiemy, ale pewnie niedługo się dowiemy. W każdym razie mówimy o obciążeniu zaburzeniami gospodarki węglowodanowej w granicach 50% całej populacji, a więc bardzo, bardzo dużo. Niestety, będzie się to zmieniało na gorsze, ponieważ jak wszyscy wiemy, liczba chorych, nie tylko liczba chorych, ale w ogóle liczba starszych osób zdrowych w Polsce w ciągu najbliższych dwudziestu lat będzie wydatnie wzrastała, jeżeli chodzi o odsetek populacji.

Niestety, osoby starsze często są nie do końca sprawne. Często są w miarę sprawne w zakresie wykonywania podstawowych czynności takich jak ubranie się, umycie się. Jak państwo popatrzycie w dół, zobaczycie, że są różne kategorie wiekowe. Nawet z tyłu dobrze widać, że słupki dochodzą mniej więcej do tej samej długości. Nie spada to tak bardzo z wiekiem. Nawet w wieku powyżej dziewięćdziesięciu lat około 80% ludzi jest w stanie zadbać o siebie, jeżeli chodzi o podstawowe sprawy. Jeżeli natomiast popatrzymy na takie sprawy jak zarządzanie pieniędzmi, jak zakupy, ale też stosowanie się do zaleceń lekarskich, ale też podawanie sobie insuliny, jak obserwujecie to nawet państwo z tyłu, spada to z wiekiem dramatycznie. Populacja ludzi, którzy są w stanie dobrze to zrobić, spada. Powyżej dziewięćdziesiątego roku życia jest to zaledwie 10% populacji, czyli bardzo, bardzo niewiele. Jest to olbrzymie wyzwanie również w cukrzycy.

Pominę to, za to pokażę państwu tylko przykładowe rysunki tzw. testu zegara. Test zegara polega na tym, że pokazuje się człowiekowi zegar, a następnie ma on go przerysować. Proszę zobaczyć, co rysują ludzie z zespołem otępiennym. Proszę zobaczyć na końcu. Nie są w stanie przerysować tarczy zegara. Taki człowiek nie jest w stanie podać sobie insuliny. Nie jest w stanie zrozumieć, ile insuliny ma sobie podać. Prawdopodobnie nie jest w stanie podać sobie we właściwy sposób nawet tabletki przeciwcukrzycowej. Jest to olbrzymie wyzwanie, które moim zdaniem będzie wymagało wielkiej pracy ze strony obu ministerstw, których przedstawiciele są tutaj obecni, ponieważ prowadzi to do złego wyrównania cukrzycy, a w Polsce już nie jest ono dobre. Około 20-30% ludzi w Polsce ma dobrze wyrównaną cukrzycę. Jeżeli będziemy mieli coraz więcej osób starszych, prawdopodobnie wyrównanie to będzie się coraz bardziej pogarszać. Będzie się zwiększać liczba powikłań, kalectwa, inwalidyzacji. Liczba skutków cukrzycy będzie się zwiększać.

Ze względu na chorobowość, częstość powikłań, wzrastające koszty cukrzyca jest poważnym problemem zdrowia publicznego. Starzenie się społeczeństwa będzie pogłębiać ów problem. Wzrost kosztów jest pewnie nieunikniony. Absolutnie nie krytykuję tutaj Narodowego Funduszu Zdrowia, ale po prostu jest to uniknione. Skądś trzeba będzie wziąć pieniądze. Niewątpliwie pewnym rozwiązaniem jest profilaktyka cukrzycy, jest samopomoc, jest włączenie rodzin, jest to wszystko, co polityka senioralna państwa powinna wziąć pod uwagę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Panie profesorze, bardzo serdecznie dziękujemy za podzielenie się swoją wiedzą i doświadczeniem w dziedzinie diabetologii.

Szanowni państwo, chciałbym poinformować, że jest z nami także pan profesor Wiesław Jędrzejczak. Witamy, panie profesorze. Pan profesor jest kierownikiem Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie. Jeżeli moglibyśmy poprosić pana profesora o podzielenie swoimi opiniami, rekomendacjami w obszarze, którym pan profesor się zajmuje, bylibyśmy bardzo wdzięczni.

Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie prof. dr hab. nauk med. Wiesław Jędrzejczak:

W znacznej mierze będę mówił jako adwokat samego siebie, dlatego że temat, który nas dotyczy, to siwienie społeczeństwa, a ja już to zaliczyłem. Cezurą dla tego okresu jest wiek sześćdziesięciu pięć lat, a ja przekroczyłem ten wiek dwa lata temu. W związku z tym chciałbym powiedzieć, jakie ma to dramatyczne znaczenie, jeżeli chodzi o zachorowalność na nowotwory. Gdyby wziąć razem wszystkich ludzi, którzy mają poniżej sześćdziesięciu pięciu lat, tylko mniej więcej 200 z nich na 100 tys. zachoruje na nowotwór. Gdyby natomiast wziąć tych ludzi, którzy mają powyżej sześćdziesięciu pięciu lat, to 2000 z nich zachoruje na nowotwór. Jeżeli chodzi o umieralność, jest jeszcze gorzej, dlatego że mniej więcej 70 osób na 100 tys. w wieku do sześćdziesięciu pięciu lat umrze na nowotwór, ale już ponad 1000 osób w wieku powyżej sześćdziesięciu pięciu lat umrze na nowotwór.

Nie wiemy, nie znamy jednego parametru, który nazywamy chorobowością. Chorobowość to liczba ludzi, którzy w danym społeczeństwie chorują na daną chorobę. Zależy ona od tego, ile czasu choruje się na daną chorobę. Jeżeli przykładowo na jakąś chorobę choruje się dwa lata i umrze się na nią, wtedy chorobowość jest dwa razy większa niż zachorowalność. Umieralność jest taka sama. Jeżeli natomiast połowę z chorych uda się nam wyleczyć, wtedy umieralność będzie o połowę mniejsza. To gwoli wyjaśnienia trzech parametrów, które w bardzo łatwy sposób charakteryzują problem z epidemiologicznego punktu widzenia.

Trzeba sobie jeszcze zdawać sprawę, że populacja w wieku powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia jest zróżnicowana wewnętrznie. W zupełnie innej kondycji jest ktoś taki jak mówiący te słowa, który nie ma żadnych znanych chorób i generalnie bez problemu wchodzi na jedenaste piętro. Jest to populacja osób pomiędzy sześćdziesiątym piątym a siedemdziesiątym piątym rokiem życia. Potem zaczynają się schody. Następną kategorię stanowią ludzie w znacznie gorszej kondycji. Ostatnia populacja, czyli populacja osób, które mają powyżej osiemdziesiątego piątego roku życia, wymaga bardzo często pomocy. W piśmiennictwie, zwłaszcza hematologicznym, funkcjonuje słownik zaczerpnięty prawdopodobnie z języka rozrywki. Mianowicie grupy ludzi dzieli się na grupę „go go" – zapewne chodzi o tych, którzy jeszcze mogą pójść do klubu go go – grupę tych, którzy za bardzo nie mogą pójść, ale jeszcze mogą popatrzeć, czyli „slow go" i grupę takich, którzy lepiej, żeby nawet nie patrzyli, dlatego że tak im się stan pogorszy, że lepiej, żeby było „no go". Być może jest to zabawna, ale łatwa do zapamiętania kategoryzacja owej grupy ludzi.

Wreszcie jest problem schorzeń towarzyszących. Jeżeli mówimy o nowotworach, mamy taką sytuację, w której, jeżeli zachorowanie na nowotwór jest jedynym problem chorego – najczęściej jest to sytuacja młodego człowieka – oczywiście jest to problem

dramatyczny itd., itd. Jeżeli przykładowo jako podstawową metodę leczenia danego nowotworu mamy lek, który jest kardiotoksyczny i mamy delikwenta, który nie dosyć, że ma taki sam nowotwór jak u tamtego młodszego człowieka, ale jest jeszcze po dwóch zawałach, to oznacza, że u tego człowieka nie możemy zastosować tegoż leku kardiotoksycznego. Wszystkie dodatkowe schorzenia, jak wspominana tutaj przez pana profesora Franka cukrzyca, będą skutkowały tym, że w tym momencie w sytuacji, kiedy mamy zastosować sterydy, które przy chłoniakach zawsze są składnikiem protokołu leczniczego, u człowieka, który już ma cukrzycę typu drugiego, spowodują one cukrzycę posterydową. A więc jest to zupełnie nowe wyzwanie dla lekarzy, którzy zajmują się owym problemem. Oczywiście najlepsza jest sytuacja, kiedy nie ma schorzeń towarzyszących. Natomiast wtedy kiedy są one poważne, mogą wręcz uniemożliwić leczenie chorych na nowotwory.

Inaczej mówiąc, starszy pacjent chory na nowotwór jest to pacjent, który cechuje się tym, że jest częsta współobecność innych poważnych chorób. W dodatku także ze względu na wiek jest gorsza tolerancja standardowego leczenia onkologicznego, ponieważ mówiąc wprost, leczenie onkologiczne to nic innego jak sztuka stosowania trucizn. Generalnie rzecz biorąc, wiedza takiego człowieka jak ten, który stoi przed państwem, to z jednej strony wiedza, jakie leki stosować, wiedza o tym, które leki zahamują jaki nowotwór. Druga część wiedzy to ta, jakie leki spowodują działania niepożądane, skutki niepożądane oraz jak zwalczać owe skutki niepożądane. Jest to wpływ od początku. Jeżeli państwo zapytają mnie o tytuł mojej rozprawy habilitacyjnej, którą obroniłem w już dosyć dawnym wieku w roku 1978, to były to skutki uboczne chemioterapii nowotworowej. Była to podstawowa bariera dla rozwoju tej metody leczniczej.

Dalej jest nie tylko to. Starszy człowiek ma problem z przemieszczaniem się. Zresztą trochę wynika to też, z tego, o czym mówił pan profesor Franek. Jeżeli ośrodek leczący jest sto kilometrów od miejsca zamieszkania człowieka, to po pierwsze, może on mieć kłopoty z dojazdem. Jeżeli chory ma podlegać zabiegom, które muszą być np. dwa razy w tygodniu, to proszę sobie wyobrazić, dwa razy w tygodniu jechać sto kilometrów. Dodatkowo potrzebuje on opieki innych osób, które go dowiozą, odbiorą. A więc w tym momencie choruje cała rodzina.

Wreszcie jest taka sytuacja, że nakładają się potrzeby w zakresie leczenia onkologicznego i leczenia tzw. hospicyjnego, czyli pomocy stricte objawowej, ponieważ często wygląda to tak, że chory nie może otrzymać stricte agresywnego leczenia onkologicznego, np. przeszczepienia szpiku. W związku z tym jest pytanie, kto ma mu pomóc. Jest to kwestia w ogóle organizacji opieki onkologicznej. Czy takiemu choremu pomogą monospecjalistyczne centra onkologiczne? Oczywiście mają one jedną zasadniczą przewagę. Dysponują całą infrastrukturą, jeżeli chodzi o leczenie nowotworów. Ale takie centra są zlokalizowane centralnie, muszą być zlokalizowane centralnie, dlatego że w sensie tworzenia, w sensie utrzymania są one bardzo kosztowne. Decentralizacja nie ma tutaj żadnego sensu. Jaką mają wadę z punktu widzenia chorych? Przede wszystkim nie dysponują infrastrukturą do leczenia chorób towarzyszących. Są monospecjalistyczne. Tak naprawdę są ośrodkami, które są dla populacji poniżej sześćdziesiątego piątego roku życia.

Jeżeli chodzi o starszą kategorię chorych, optuję jednak za decentralizacją opieki, za tym, żeby stworzyć większą sieć, bliższą miejsca zamieszkania w oparciu w sensie merytorycznym o ośrodki uniwersyteckie, które są wkomponowane w cały system medycyny. Inaczej mówiąc, onkolog współdziała z kardiologiem, diabetologiem, nefrologiem, reumatologiem, itd., itd. Pacjent może otrzymać opiekę, która jest pełnoprofilowa. Nie zawsze jest ona pełnoprofilowa z onkologicznego punktu widzenia, dlatego że z reguły np. nie ma radioterapii, ale prawdę mówiąc, wielu chorych i tak nie jest w stanie tolerować radioterapii. A więc to jest ta przewaga systemu, w którym są szpitale wielospecjalistyczne, które mogą zajmować się nie tylko chorobą nowotworową, ale jednocześnie również chorobami towarzyszącymi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Panie profesorze, bardzo dziękujemy za tę ciekawą prezentację dotyczącą chorób onkologicznych. Gratulujemy też świetnej formy.

Szanowni państwo, jeżeli mogę, chciałbym teraz poprosić o głos pana profesora Pawła Śliwińskiego, kierownika IV Kliniki Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. Gdyby pan profesor mógł nas zapoznać z chorobami cywilizacyjnymi będącymi w obszarze zainteresowania instytutu, który jest mi bliski, zlokalizowany przy ul. Płockiej, ale też z tym, czym państwo zajmujecie się w klinice, to bardzo proszę.

Kierownik IV Kliniki Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc prof. dr hab. nauk med. Paweł Śliwiński:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Reprezentuję też Polskie Towarzystwo Chorób Płuc. Aktualnie jestem wiceprezesem towarzystwa. Chciałbym powiedzieć państwu kilka słów na temat chorób cywilizacyjnych z punktu widzenia pneumonologa. Określenie to już padło. Z naszego punktu widzenia najważniejszą chorobą przewlekłą, która w zasadzie dotyczy tylko i wyłącznie osób w wieku podeszłym, jest przewlekła obturacyjna choroba płuc. Jest to choroba, której generalną przyczyną jest palenie papierosów. Niestety. Jest to choroba, która w populacji powyżej czterdziestego roku życia dotyczy od 8 do 10% osób. Szacujemy, ponieważ nie ma dokładnych danych epidemiologicznych, że jest to około 2000 tys. osób. Częstość występowania owej choroby jest podobna do innych chorób, o których tutaj mówiono, zwłaszcza myślę o cukrzycy. Oczywiście choroby układu krążenia są dużo częstsze. Chorzy na POChP, ponieważ są to głównie osoby po sześćdziesiątym roku życia, zwykle chorują jeszcze na kilka innych chorób. Najczęstszą przyczyną zgonów, tak jak w całej populacji, wśród owych chorych są również choroby układu sercowego oraz choroby naczyniowe.

Problem, jaki widzimy wynika z z braku wczesnego rozpoznawania choroby. Trzeba sobie uświadomić, że wczesne rozpoznanie choroby oraz odpowiednie jej leczenie oczywiście łagodzi objawy, jak też zdecydowanie zmniejsza liczbę osób, które w stosunkowo wczesnym wieku, a więc wieku sześćdziesięciu, siedemdziesięciu lat, stają się, jak to mówimy, inwalidami oddechowymi. Inwalida jest specyficznym rodzajem inwalidy, powiedziałbym, że jest niewidzialnym inwalidą, ponieważ słyszy, widzi, ma wszystkie kończyny, natomiast nie ma płuc. W związku z tym siedzi, wygląda jak normalny człowiek, ale bardzo często nie jest w stanie wykonać najprostszych czynności życiowych, typu ubranie się, umycie, nie mówiąc już o wyjściu poza miejsce zamieszkania czy wykonaniu najprostszych zakupów. W związku z tym tego typu ludzie bardzo często bezwzględnie wymagają opieki osób trzecich. Oczywiście są z tym kłopoty, ponieważ nie każda rodzina jest w stanie zapewnić im odpowiednią opiekę.

POChP bardzo często prowadzi do przewlekłej niewydolności oddychania, co wiąże się z koniecznością inwestowania w specjalną aparaturę, która pod koniec życia wspomaga oddychanie, aparaturę w postaci koncentratorów tlenu zabezpieczających tym osobom odpowiednie utlenowanie, jak również wiąże się z koniecznością stosowania wentylacji inwazyjnej, a więc bezpośredniego wspomagania oddychania. Chciałbym powiedzieć, że w ostatnim czasie nastąpił pewien postęp, jeżeli chodzi o wyposażenie chorych w aparaturę, ponieważ stworzono możliwości, przynajmniej administracyjne i organizacyjne, do wyposażania chorych w warunkach domowych w tego typu aparaturę.

Cały czas problemem jest profilaktyka chorób. Myślę, że dotyczy to nie tylko POChP, ale również wszystkich innych chorób. Myślę, że państwo kardiolodzy czy onkolodzy na pewno podpiszą się pod tym, co powiem. Prewencja wielu chorób, w tym POChP, polegająca na namawianiu ludzi do niepalenia ma kapitalne znaczenie. Wystarczy powiedzieć, że mimo ogromnego postępu w leczeniu POChP w tej chwili nie ma żadnego leczenia farmakologicznego, które powodowałoby spowolnienie tempa spadku pojemności płuc. Leczymy chorych, leczymy chorobę, ale głównie po to, żeby łagodzić objawy. Jedyną skuteczną metodą leczenia spadku pojemności płuc jest właśnie zaprzestanie palenia papierosów.

Problem jest taki, że i ministerstwo, i Narodowy Fundusz Zdrowia ogłosiły różne programy, między innymi program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym POChP. POChP jest w tytule programu. Chciałbym państwu powiedzieć, że na tylu chorych, na 2000 tys. chorych na POChP, ileś tam milionów chorych z chorobami układy krążenia w roku 2012 Narodowy Fundusz Zdrowia rozliczył 25.008 świadczeń. Liczba chorych

na POChP, którzy skorzystali z porady antytytoniowej, wynosiła dokładnie 194 na 2000 tys. chorych. Wydaje mi się, że jest to najważniejsza rzecz do przekazania z tego miejsca wszystkim państwu, że program prewencyjny w Polsce zupełnie nie funkcjonuje.

Druga rzecz. Jeżeli już ktoś zachoruje – oczywiście palenie tytoniu nie jest jedyną przyczyną owej choroby, także zanieczyszczenie środowiska jest istotnym elementem sprzyjającym POChP – wymaga nie tylko farmakoterapii, tlenoterapii, ale też rehabilitacji. Rehabilitacja prowadzi jednak do usprawnienia chorych, do poprawy ich samodzielności. Chciałbym powiedzieć, że 75% środków – nie chcę mówić o liczbach bezwzględnych, ponieważ środków zawsze każdemu będzie za mało, niemniej ich dystrybucja jest nieprawidłowa – skierowanych w roku 2012 na leczenie POChP dotyczyło leczenia szpitalnego. Natomiast na rehabilitację chorych zabezpieczono, poświęcono 3,5%. Myślę, że dystrybucja środków powinna być zupełnie inna po to, żeby dążyć do prewencji, do zapobiegania zaostrzeniom choroby, żeby chorzy jak najrzadziej trafiali do szpitala, a jak najwięcej korzystali z rehabilitacji, jak najdłużej byli trzymani w warunkach domowych. Tyle o POChP.

Dosłownie kilka zdań na temat innych chorób. Pan profesor Jędrzejczak wspomniał o onkologii. Chciałbym powiedzieć, że myślę, iż w tej chwili w onkologii rak płuca jest jednym z największych problemów. Przypomnę, że średnie pięcioletnie przeżycie chorego z rakiem płuca wynosi od 8 do 15%. A więc jest to absolutnie jeden z najniższych wskaźników w tej dziedzinie. Ponadto chciałbym powiedzieć, że zmienia się częstość występowania owej choroby, zwłaszcza wśród kobiet. O ile do niedawna rak sutka – jeżeli się mylę, proszę mnie poprawić – był głównym zabójcą w tej dziedzinie wśród kobiet, o tyle mam informacje, że w ubiegłym roku w niektórych województwach w Polsce rak płuca był wśród kobiet głównym zabójcą onkologicznym. Oczywiście rak płuca od lat jest głównym zabójcą, jeżeli chodzi w Polsce o mężczyzn. Jest to więc istotny problem. Kolejny istotny problem. Dlaczego mówię o raku płuca? Dlatego że szczyt zachorowań na raka płuca przypada pomiędzy pięćdziesiątym a siedemdziesiątym rokiem życia. Są to osoby w wieku jeszcze nie podeszłym, dlatego że pięćdziesiąt lat to jeszcze wiek średni.

Ostatnia kwestia to choroby zakaźne, zapalenia płuc u osób w wieku sześćdziesięciu pięciu lat i więcej. Częstość występowania zapalenia płuc jest kilkukrotnie wyższa niż w populacji młodszej. Nie wspominam tutaj o dzieciach, ponieważ tam częstość zapadania na zapalenie płuc też jest troszkę większa. Dlaczego mówię o zapaleniach płuc? Dlatego że oczywiście program szczepień profilaktycznych, zwłaszcza przeciwgrypowych, w istotny sposób pozwoliłby na redukcję zapaleń płuc u osób w wieku podeszłym. Jak program szczepień profilaktycznych wygląda w Polsce, wszyscy wiemy. Nie będę tego tematu dalej rozwijał. Dziękuję bardzo za zaproszenie na posiedzenie państwa Komisji. Dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Panie profesorze, bardzo dziękujemy za wiedzę dotyczącą chorób płuc, a także ocenę programu, który rzeczywiście jest niezadowalający.

Szanowni państwo, w tym momencie chciałbym poprosić pana profesora Krzysztofa Kochanka, który jest sekretarzem Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie. Bardzo proszę, panie profesorze, o przedstawienie swojego obszaru zainteresowania i badań.

Sekretarz Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie prof. nadzw. dr hab. nauk med. inż. Krzysztof Kochanek:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Tak jak powiedział pan przewodniczący, reprezentuję Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, który z natury rzeczy zajmuje się problematyką słuchu. Jednocześnie reprezentuję zespół konsultanta krajowego w dziedzinie otolaryngologii.

Moi czcigodni przedmówcy mówili o poważnych problemach, które niosą ogromne ryzyko zdrowotne w wieku podeszłym, które niosą ogromne ryzyko dla życia. Chciałbym powiedzieć państwu o problemie, który może nie w każdym przypadku, w przeważającej części przypadków nie niesie takiego ryzyka – chociaż są takie schorzenia narządu słuchu, które niosą ryzyko dla życia – ale który ma ogromne znaczenie dla jakości życia.

Na początku obrad była taka sytuacja, że państwo domagali się lepszej komunikacji słownej, lepszego przekazu słownego. Każdy z nas zdaje sobie sprawę z tego, jak ogromne znaczenie w życiu codziennym, w życiu społecznym, w komunikacji ma słuch. Słuch ma ogromne znaczenie przez całe życie. To nie tylko domena dzieci, które się rozwijają i potrzebują słuchu do komunikacji, do edukacji. Na każdym etapie życia potrzebujemy sprawnego słuchu.

Skala problemu, jeżeli chodzi o zaburzenia słuchu w podeszłym wieku, jest ogromna. Panowie profesorowie wspominali o skali problemu w przypadku innych schorzeń. Chciałbym państwu powiedzieć, że tutaj rzeczywiście mamy do czynienia z dramatycznym postępem, jeżeli chodzi o częstość zaburzeń słuchu występujących wraz z wiekiem. Jeżeli spojrzymy na przekrój całego życia człowieka, w okresie noworodkowym mamy co najwyżej dwa noworodki na 1000 rodzących się dzieci, u których musimy interweniować w poważny sposób z aparatem słuchowym, z implantem słuchowym. W wieku szkolnym częstość zaburzeń słuchu różnego typu – mogą to być zaburzenia przejściowe, mogą to być zaburzenia trwałe – rośnie. Co szóste dziecko ma problem, z którym trzeba coś zrobić, dlatego że inaczej będzie miało problemy edukacyjne. Natomiast w wieku podeszłym, a szczególnie po przekroczeniu siedemdziesięciu pięciu lat problem narasta bardzo mocno. Właściwie trzy czwarte osób ma problemy z zaburzeniami słuchu. Czasami takie osoby nie przyznają się do tego, próbują to ukrywać, ale nie da się tego problemu ukryć. Sami jesteśmy w stanie rozpoznać go bardzo szybko. Są do tego przeróżne narzędzia, np. w Internecie. Zresztą otoczenie bardzo szybko zwróci nam uwagę na to, że mamy problem.

To, co widzimy w praktyce klinicznej, to ogromna trudność z docieraniem do specjalistów osób, u których występuje problem. Najnowsze badania nie tylko polskie, ale amerykańskie, zagraniczne, pokazują, że czas, jaki upływa od momentu wykrycia jakiegoś zaburzenia, jakiegoś problemu związanego ze słuchem do czasu dotarcia do specjalisty audiologa, wynosi od piętnastu do dwudziestu lat. W całym problemie zaburzeń słuchu pocieszające jest to, że wszystkie nowoczesne technologie, o których zapewne wielokrotnie państwo słyszeli czy widzieli w prasie lub w telewizji... Staramy się państwu przybliżać ową tematykę przy każdej okazji. Pan profesor Skarżyński często jest w mediach i informuje społeczeństwo, co jest możliwe. W tej chwili mamy taką oto sytuację, że polski pacjent ma dostęp do najnowszych technologii, takich, jakie są na całym świecie. Można powiedzieć, że w tej chwili polska audiologia, polska otolaryngologia jest absolutnie w czołówce, jeżeli chodzi o zastosowanie nowoczesnych technologii we wspomaganiu słuchu. Dziedzina, którą reprezentuję, jest w o tyle szczęśliwej sytuacji, że praktycznie każdemu pacjentowi, niezależnie od wieku, jesteśmy w stanie pomóc.

Dla przykładu chciałbym powiedzieć, że dwa, trzy miesiące temu pan profesor Skarżyński był na konferencji w Nowym Jorku, która była poświęcona wyłącznie implantowaniu osób w wieku powyżej osiemdziesiątego roku życia. Warunkiem wykorzystania nowoczesnych technologii, które są w tej chwili, jest to, żeby wykorzystać rezerwy, pokłady, które są w mózgu. Jeżeli będziemy dbali o mózg, o jego sprawność, o mechanizmy przetwarzania informacji nie tylko słuchowych – dotyczy to wszystkich zmysłów, dlatego że wiele mechanizmów, które są w centralnym systemie nerwowym, jest wspólnych dla wielu zmysłów – jeżeli będziemy dbali o ten element naszego zdrowia, mamy szansę skorzystać ze wspomnianych technologii. Rzeczywiście w tej chwili jesteśmy w takiej szczęśliwej sytuacji, że osobom dorosłym, osobom w wieku podeszłym proponujemy dokładnie te same technologie, jakie proponujemy dzieciom. Nie ma tutaj żadnej dyskryminacji. Problemem jest tylko to, żeby jak najwcześniej... Wszystkie technologie są niezwykle efektywne pod jednym warunkiem, że wcześnie wykryjemy zaburzenia słuchu i wcześnie wkroczymy z interwencją słuchową. Nie może być takiej sytuacji, że mamy pewne oznaki zaburzeń słuchu, ale czekamy z obawą, czy mamy pójść do audiologa czy nie, i upływa piętnaście czy dwadzieścia lat. A więc tak naprawdę jest tutaj ogromna rola edukacyjna w odniesieniu do lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy innych specjalności. Jeżeli zauważymy jakikolwiek problem, jakikolwiek symptom ze strony słuchu, powinniśmy zadbać o to, żeby pacjent w wieku podeszłym jak najszybciej zjawił

się u lekarza specjalisty. W tej chwili jest to największe pole do działania, jeżeli chodzi o opiekę zdrowotną.

Widzę jeszcze jeden problem, który powinno się w Polsce rozwiązać, a mianowicie badania przesiewowe osób w wieku dorosłym, nie w wieku podeszłym, dlatego że w wieku podeszłym jest już troszeczkę za późno. Zaburzenia słuchu powinniśmy wykrywać w wieku pięćdziesięciu, pięćdziesięciu kilku lat. Później jeżeli interwencja medyczna jest opóźniona, dochodzi do deprywacji. Później skuteczność nowoczesnych technologii jest mała. Odpowiednią skuteczność możemy zagwarantować wtedy, kiedy wcześnie wykryjemy zaburzenia słuchu. Mamy w Polsce powszechny program badań przesiewowych słuchu u noworodków, który znakomicie funkcjonuje. Jego efekty są spektakularne. W tej chwili mamy w cudzysłowie przymiarkę do organizacji, może nie powszechnego ale w coraz szerszej skali, programu badań przesiewowych u dzieci w wielu szkolnym. Powinniśmy zadbać o to, żeby zorganizować również program badań przesiewowych słuchu u osób dorosłych. Nie jest to łatwe, ale nowoczesne technologie znowu przychodzą nam z pomocą. Jeżeli głównym problemem badań przesiewowych jest dotarcie do populacji, to w przypadku noworodków jest to problem banalny, gdyż na oddziale noworodkowym mamy praktycznie 100% noworodków. U dzieci w wieku szkolnym badacze wchodzą do szkół i problem jest rozwiązany. Natomiast z dotarciem do osób w wieku podeszłym czy w wieku dorosłym jest znacznie trudniej. Oczywiście można pójść nurtem uniwersytetów trzeciego wieku, drugiego wieku. Instytut będzie przygotowywał takie akcje z uniwersytetami trzeciego wieku. Natomiast to, co widzę w przyszłości, jest to świetlana przyszłość, być może nie jest to fantazja, że każda osoba, która wykorzystuje nowoczesne technologie, czyli aparat komórkowy, będzie miała przy sobie urządzenie do testowania słuchu.

Kończę optymistycznym akcentem, ponieważ już widzę wiele dobrych rzeczy. Przede wszystkim to, że wszystkie technologie, które są dostępne na rynku, które są możliwe do wykorzystania, nie mają żadnych ograniczeń wiekowych. Wiele lat temu wszczepiając implanty u osób powyżej sześćdziesiątego roku życia mieliśmy obawy. Myśleliśmy, że nie ma plastyczności układu słuchowego. Okazuje się, że jeżeli centralny układ słuchowy, centralny układ nerwowy jest sprawny, to wszystkie technologie są dostępne dla takich osób. Życzę państwu dostępu do owych technologii, jeżeli będzie problem. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Szanowni państwo, bardzo dziękujemy panu profesorowi Kochankowi. Myślę, że postulat przygotowania i przeprowadzenia programu badań przesiewowych w populacji osób starszych jest to rzeczywiście bardzo ważny postulat, który chcielibyśmy przyjąć. Pan profesor Kochanek wspomniał także o roli uniwersytetów trzeciego wieku. Obecna tutaj pani Krystyna Lewkowicz z Ogólnopolskiego Porozumienia Uniwersytetów Trzeciego Wieku prowadziła bardzo interesujący program „Usłyszeć Motyla", który też dotyczył chorób słuchu, a który pokazał, że także w grupie słuchaczy było bardzo dużo osób, które rezygnowały z uczestnictwa w uniwersytecie, z uczestnictwa w wykładach ze względu na to, że zaczynały się problemy ze słuchem. Osoby te bały się przyznać do tego faktu przed samymi sobą i przed swoimi kolegami, bały się przyznać, że pojawił się u nich taki problem. Absolutnie jest to bardzo ważna kwestia, na którą warto zwrócić uwagę.

Szanowni państwo, wśród naszych gości mamy jeszcze pana doktora Michała Skalskiego z Kliniki Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Warszawie. Jest też zdrowie somatyczne.

Adiunkt w Klinice Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego dr nauk med. Michał Skalski:

Dokładnie z katedry Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Tak oczywiście. Przepraszam. Warszawski Uniwersytet Medyczny. Jest to nazwa akademii medycznej, którą zmieniliśmy już kilka lat temu. Bardzo przepraszam, panie doktorze. Proszę o zabranie głosu.

Adiunkt w Klinice Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego dr nauk med. Michał Skalski:

Bardzo dziękuję za zaproszenie. Szanowni państwo, poproszono mnie, żeby przedstawić państwu perspektywy, jak wygląda sytuacja zaburzeń psychicznych w grupie pacjentów w wieku podeszłym.

Głos z sali:

Poprosimy głośniej, panie profesorze.

Adiunkt w Klinice Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego dr nauk med. Michał Skalski:

A to w ramach naszej tematyki chorób cywilizacyjnych i dodatkowo z perspektywy polityki senioralnej. Na to wszystko dano mi od pięciu do siedmiu minut. Postaram się więc w miarę szybko to państwu przedstawić. Może nawet dobrze się składa, że moja prezentacja jest na końcu. Będę starał się mówić jeszcze głośniej oraz wolno, żeby być zrozumiałym, ponieważ to jest mój problem.

Jak mówię, może nawet dobrze się składa, że mój wykład wypadł na końcu, dlatego że zaburzenia psychiczne w zasadzie mieszczą się w prawie wszystkich tematykach, o których rozmawialiśmy. Problemy psychiczne z jednej strony stanowią powikłanie licznych chorób somatycznych. Pewnie doskonale państwo wiecie, że zarówno pacjent z chorobą układu krążenia, jak i pacjent z chorobą nowotworową, pacjent z chorobą płuc czy każdą inną tutaj wymienianą ma zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych, chociażby jako reakcja na wymienione choroby. Jest też w drugą stronę. Niewątpliwie występowanie chorób psychicznych zwiększa ryzyko wystąpienia zwłaszcza chorób układu krążenia, a także nowotworów.

Jeżeli chodzi o problemy cywilizacyjne, właściwie jedyna optymistyczną rzecz, jaką mógłbym powiedzieć z tego miejsca, to ta, że tutaj jestem, że mówimy o chorobach psychicznych. Z moich trzydziestoletnich doświadczeń zawodowych generalnie wynika bowiem, że psychiatria jest umieszczana gdzieś tam na końcu, jeżeli chodzi może niekonieczne o politykę – to jeszcze pół biedy – ale z punktu widzenia codziennej praktyki. Myślę, że na sali jest kilku lekarzy. Doskonale zdajecie sobie państwo sprawę, że nawet jeżeli u swojego pacjenta wyczuwacie podłoże, nazwijmy to reaktywne, jego zaburzeń krążeniowych czy gastrologicznych, to zaproponowanie pacjentowi wizyty u psychiatry często nie kończy się sukcesem, a często kończy się obrażeniem. Jeżeli z tego punktu widzenia miałbym jakoś udzielać rad w zakresie polityki senioralnej, to sam się nad tym zastanawiam od trzydziestu kilku lat, pracując w różnych instytucjach, także uniwersytetach trzeciego wieku, jak zmienić podejście naszych pacjentów, zwłaszcza seniorów, do psychiatrii. Swoją osiemdziesięcioletnią teściową próbuję namawiać do przyjmowania leków przeciwdepresyjnych, ale ona uparcie leczy się na żołądek, na serce, na płuca, na mnóstwo innych rzeczy. Jestem przekonany, że sześć miesięcy stosowania SSRI uleczyłoby ją właściwie ze wszystkiego. A więc tak to wygląda w praktyce.

Jeżeli chodzi o fakty, gdyż wszyscy państwo przedstawiają fakty, to próbuję odpalić prezentację, ale trochę się tutaj pogubiłem, więc będę cytował z pamięci. Nie uciekniemy przed tą problematyką. Wszyscy straszyli tutaj państwa różnymi odsetkami. Też gdzieś mam takie straszące slajdy. Może je znajdę w prezentacji. Niemniej jakby na sprawę nie patrzeć, cytując dane WHO, czyli Światowej Organizacji Zdrowia, uważa się, że w ciągu najbliższych kilkunastu lat depresja stanie się głównym problemem zdrowotnym. Nie choroby układu krążenia czy nowotwory, z którymi radzimy sobie coraz lepiej.

Jeżeli chodzi o odsetki w naszej polskiej populacji, dosyć dobrze udokumentowane badania wskazują, że w populacji pacjentów w wieku podeszłym problemy depresyjne dotykają co najmniej 30-40% populacji. Jest to najczęstsza choroba pacjentów w wieku podeszłym. Jeżeli chodzi o dwie pozostałe najczęstsze choroby, wymienia się tutaj zaburzenia świadomości, zaburzenia otępienne. Może daruję państwu te dwie pozostałe kategorie, dlatego że zarówno zaburzenia świadomości, jak i zaburzenia otępienne są konsekwencją chorób somatycznych. Wcześniej koledzy przedstawiali państwu swoje problemy. Zapobieganie właśnie tym chorobom właściwie bardziej leży w rękach internistów, a nie psychiatrów.

Skupiając się natomiast na depresji, która jest głównym problemem i która, jak mówiłem, dotyczy jednej trzeciej populacji, warto podkreślić jeszcze jedną rzecz, jeżeli już o tym rozmawiamy. W przypadku zaburzeń depresyjnych poza chorobami somatycznymi, o których mówiliśmy, to, co wydawałoby się najbardziej sensowne dla państwa na tym spotkaniu, to powiedzenie, że kluczowe znacznie odgrywa bardzo wiele czynników psychospołecznych. Są to takie czynniki, na które nie mamy wpływu, jak np. wdowieństwo, ale też takie jak np. poczucie odrzucenia i izolacji.

Przyznam się państwu, że mam kilkunastoletnie doświadczenie jako sekretarz naukowy warszawskiego Towarzystwa Mokotowskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Jeżeli miałbym szukać pomysłów, jak pomóc naszym potencjalnym pacjentom, to może właśnie tego typu inicjatywy. Jest to drugi pomysł.

Pierwszy pomysł, jaki mam, jak pomóc naszym pacjentom, żeby odsetek pacjentów zmniejszał się albo żeby mniej cierpieli, to zastanowienie się, jak można ułatwić dostęp do psychiatry. Nie chodzi mi tutaj tylko o zwiększenie liczby. Na marginesie chciałbym uświadomić państwu jedną rzecz. Czekając na wykład poczytałem sobie doniesienia. Otóż odsetek pacjentów z chorobami układu krążenia i z chorobami psychicznymi jest mniej więcej podobny. Tak mówią badania naukowe i nie ma co z tym dyskutować. Ale proszę zobaczyć, że liczba porad dla pacjentów z chorobami układu krążenia wynosi 2500 tys., a liczba porad psychiatrycznych wynosi 300 tys. A więc mamy ponad 2000 tys. pacjentów, którzy nigdy nie skorzystali z żadnej porady. Dobrze, że nie jestem politykiem, ponieważ nie wiem, jak to rozwiązać. Wydaje mi się, że samo danie pieniędzy, samo zwiększenie liczby psychiatrów nie wystarczy, nie pomoże. Nie mam pomysłu, jak to zrobić. Przez kilka lat kierowałem poradnią, dużą poradnią zdrowia psychicznego. Muszę powiedzieć, że zacząłem tę pracę z entuzjazmem, że przynajmniej Śródmieście Warszawy ze wszystkiego wyleczę, ale po roku musiałem zamknąć poradnię, dlatego że nie dało się przyjmować więcej pacjentów, ponieważ skończyły się limity.

Myślę, że jest to pierwszy problem, co zrobić, żeby miejsce psychiatrii było nie tylko tutaj na tej sali, na sali sejmowej, ale żeby jakoś upowszechnić psychiatrię wśród pacjentów, żeby skierowanie pacjenta od kardiologa do psychiatry nie wiązało się z jakimś piętnem, nie wiadomo jakim ryzykiem. Nie wiem, być może kolegów internistów należałoby podszkolić w psychiatrii, żeby potrafili leczyć i diagnozować. Trudno mi powiedzieć, jakie to miałoby być wyjście. Jest to moja jedna rada.

Druga jest taka. Drugie sprawozdanie, jeżeli chodzi o politykę społeczną, mogę pochwalić z punktu widzenia psychiatry, że jest tutaj mnóstwo świetnych projektów. Zresztą w pomocach, usługach domowych sam brałem udział jako konsultant. Tyle że w sprawozdaniu tym uderzyła mnie jedna rzecz. Wszystkie usługi są skierowane do pacjentów chorych. Ktoś już ma otępienie, ktoś już zachorował. Wtedy świadczymy usługę, jest dom opieki, rodzinny dom opieki. Super. Jest to naprawdę świetne rozwiązanie. Bardzo poprawne. Tylko że w mojej codziennej pracy brakuje mi tego, co zrobić, żeby dla polskiego pacjenta, najczęściej emeryta, było jakieś zajęcie. Nie wiem, czy państwo jesteście świadomi, ale kiedy przepytuję swoich pacjentów, a przyjmuję dziesięć osób dziennie, jak pan, pani spędza wolny czas, okazuje się, że głównym zajęciem polskiego emeryta jest chodzenie po lekarzach. W związku z tym otwarte pozostają tutaj pytania, czy tego typu spędzanie czasu, czyli takie grupy spotkaniowe, psychoterapia w gabinecie lekarza rodzinnego są najlepszą formą rehabilitacji. Co zrobić – może nie będą oni chodzili na pole golfowe jak Anglicy – żeby spróbować wymyśleć jakiś pomysł?

Pozwolę sobie na luźniejszą dygresję, żeby nie było tylko potężnej nauki. Wróciłem z urlopu, który we wrześniu spędzałem na Zachodzie Europy. Byłem zadziwiony, kiedy pacjenci w wieku siedemdziesięciu lat śpiewali sobie karaoke tańcząc na parkiecie. Kiedy próbowałem sobie wyobrazić w takiej sytuacji moją matkę czy moją teściową, w ogóle nie mieściło mi się to w głowie. Nie wiem, czy państwo jako Komisja Polityki Senioralnej macie pomysł, żeby otworzyć ludzi. Kiedy moja pacjentka w wieku sześćdziesięciu kilku lat zakocha się i chce wyjść za mąż, to co mówi rodzina? „Matka zwariowała. Co ty chcesz? Pewnie chcą ci zabrać pieniądze”. Nie wiem, czy jest w czyjejś gestii, żeby to zmienić, ale jeżeli miałbym z tego miejsca coś państwu doradzać, to moim zdaniem należałoby zastanowić się nad tym, jak zmienić obraz osoby w starszym wieku, żeby była

ona bardziej obywatelem. Na co dzień leczę pacjentów. Fakty są takie, że kiedy jesteśmy w średnim wieku jak moim, prawie podeszłym, ale daj Boże każdemu taki podeszły wiek, do sześćdziesiątki jeszcze jesteśmy obywatelami. A potem idziemy na emeryturę i nagle okazuje się, że w zasadzie nikomu nie jesteśmy potrzebni. Myślę, że jest to duży problem.

Tą konkluzją zakończę, ponieważ wydaje mi się ona na tyle optymistyczna, że nie wymaga wielkich nakładów ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia. Dziękuję państwu za uwagę i przepraszam, że nie odpaliłem prezentacji, ale może to nawet i lepiej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękujemy panu doktorowi Michałowi Skalskiemu za przedstawienie obszaru psychiatrii, jak też depresji, o której pan doktor mówił. Rzeczywiście też zastanawiamy się nad tym, w jaki sposób aktywizować osoby starsze, żeby były wśród innych osób, żeby w jakiś sposób poprzez kontakt w klubie seniora, w grupie rówieśniczej, a także w grupach międzypokoleniowych wychodziły z czterech ścian i mogły pielęgnować interakcje społeczne.

Szanowni państwo, chciałbym poinformować, dziękując wszystkim naszym prelegentom, że dzisiaj jest też obecna z nami pani Teresa Hernik, która jest prezesem Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Bardzo serdecznie witamy panią prezes na posiedzeniu naszej Komisji.

Szanowni państwo, w tym momencie chciałbym otworzyć dyskusję. Praktycznie wszyscy nasi prelegenci poza panią profesor Stępińską, która musiała wyjechać, cały czas są z nami. Proszę, jeżeli macie państwo jakiekolwiek pytania, swoje propozycje, swoje sugestie.

Chciałbym także poinformować, że oddzielne posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej planujemy poświęcić wyzwaniom współczesnej geriatrii i gerontologii. Bardzo dziękujemy za materiał, jaki został przekazany po ostatniej konferencji dotyczącej tego zagadnienia, która odbyła się w Poznaniu.

Jeżeli macie państwo swoje przemyślenia, swoje uwagi, w szczególności swoje rekomendacje, bardzo proszę. Proszę o przedstawienie się i zabranie głosu. Bardzo proszę, pani. W dalszej kolejności pani profesor Bień.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Panie przewodniczący, dziękuję bardzo za udzielenie głosu. Bożena Janicka. Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia. Szanowni państwo, mówimy dzisiaj o polityce senioralnej. Wysłuchaliśmy bardzo ciekawych sugestii części specjalistów. Natomiast ja reprezentuję grupę ochrony zdrowia, o której nie boję się powiedzieć, ponieważ jestem lekarzem, lekarzem specjalistą pediatrii drugiego stopnia, jak również specjalistą medycyny rodzinnej. Polityka senioralna i opieka zdrowotna, szczególnie w wieku, o którym bardzo ładnie powiedział pan profesor, że na rynku zdrowia starość zaczyna się wtedy, kiedy osoba potrzebuje drugiej osoby... Były dywagacje, debaty, co to jest starość, kiedy się zaczyna. Starość bardzo się przesunęła i dobrze. Żyjemy coraz dłużej, żyjemy w coraz lepszej kondycji. Natomiast przy całym wkładzie poradni specjalistycznych oraz wszystkich debat musimy pamiętać o tym, że pierwszym źródłem kontaktu dla pacjenta, nieważne czy ma sześć lat czy sześć miesięcy, sześćdziesiąt czy dziewięćdziesiąt lat, jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Nie ma, panie przewodniczący, senioralnej opieki zdrowotnej bez podstawowej opieki zdrowotnej. Dlaczego? Dlatego że poradnie specjalistyczne tak naprawdę skupiają się na określonych schorzeniach, grupach chorobowych i potrzebach zdrowotnych w zakresie funkcjonowania danego narządu, organu. Zdarza się, jak to dzisiaj na forum przedstawił pan profesor, że pacjent idzie do kardiologa i dostaje torebkę leków, idzie do diabetologa i dostaje następną torebkę leków, idzie do reumatologa, do urologa, do pulmonologa, do wielu specjalistów i od każdego przynosi torebkę leków. Bardzo często zdarza mi się – ponieważ jestem normalnie praktykującym lekarzem, najpierw w ośrodku wiejskim, teraz w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej prowadzę poradnię wraz z dwójką moich kolegów – że przychodzi pacjent i wysypuje torbę leków. Okazuje się, że w torbie tej przynajmniej dwa, trzy leki są dublowane. Jest ten sam lek pod inną nazwą.

I tutaj jest rola podstawowej opieki zdrowotnej, która przez ostatnie lata jest gdzieś tam spychana. Okazuje się, że nie ma woli szkolenia w zakresie medycyny rodzinnej, nie ma woli umacniania, mówię teraz o woli politycznej, nie ma woli umacniania podstawowej opieki zdrowotnej. Idziemy w leczenie specjalistyczne, wysokospecjalistyczne. Jest ono konieczne, ale nie zastąpi koordynatora systemu. Ktoś musi to scalić. Ktoś, kto scali to z warunkami rodzinnymi, środowiskowymi. Często dużą częścią problemu są problemy rodzinne, często natury socjalnej, bytowej, które wprost przekładają się na nasz stan zdrowia. Nie da się od tego uciec i to właśnie lekarz rodzinny, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej częstokroć wie o wielu więcej rzeczach niż pacjent ma odwagę powiedzieć u kardiologa, nie mówiąc już o psychiatrze czy psychologu.

Dlatego staramy się aktywnie uczestniczyć zarówno w obradach sejmowej Komisji Zdrowia, jak i w pracach Ministerstwa Zdrowia, gdzie domagamy się polityki senioralnej budowanej od dołu, nie od wysokości poradni specjalistycznej czy instytutu, tylko polityki od dołu. Domagamy się szczepień, o czym była mowa, nie tylko u noworodków i dzieci do szóstego czy dwunastego roku życia, ale także u pacjentów dorosłych. Nie używam słowa „starość", dlatego że całkowicie skłaniam się do dewizy pana profesora. Starość, i to nie zawsze, bardzo często wiąże się z niedołężnością i brakiem samodzielności. Wtedy kiedy wymagamy opieki, wtedy włącza się cała opieka, i to nie tylko opieka medyczna, ale również socjalna, bytowa, społeczna. Dlatego tutaj tak istotne jest postawienie na dół. Dzisiaj jesteśmy spychani, pchani w pewne dziwne zadaniowości. Dla mnie na dole tak samo ważny jest pacjent, który przyjdzie z gorączką czterdziestu stopni i katarem, jak również pacjent, który przyjdzie od diabetologa, dlatego że czegoś nie rozumie, trzeba mu coś wytłumaczyć, trzeba przestawić leki, trzeba coś dołożyć. Tak samo, jeżeli przychodzi pacjent z podejrzeniem onkologicznym.

Nie może być tak, że pacjenci mają między sobą rywalizować. Często tak odbieramy tendencje. W tej chwili są obawy płynące szczególnie od osób w wieku średnim, które mają wielochorobowość, które czekają na różne badania, a w różnych regionach są bardzo różne terminy. Zaczyna się problem, czy od stycznia tego roku pacjent z tzw. zieloną kartą, brzydko mówiąc – ale pacjenci mówią wprost – nie wypchnie mnie z kolejki, a ja czekam na rezonans, na tomograf. Powiem, że jest to dylemat, który mamy na dole ponieważ pacjent nie pójdzie z tym do ministra, nawet nie pójdzie do mediów, tylko przychodzi do mnie. Pyta: „Co będzie, jak będzie?" Już kończę. Dlatego zwracamy uwagę na informację dla pacjenta. Zapomina się o tym. Powinna ona być nie tylko w gabinecie, ale powinny być również akcje medialne, akcje promocyjne, akcje zdrowotne. Zdrowa starość zaczyna się w zdrowym dzieciństwie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękujemy, pani doktor. Dziękujemy za podkreślenie znaczenia podstawowej opieki zdrowotnej. Wspomniała pani także o wielochorobowości. Chyba w tym zakresie najwłaściwszą osobą w naszym gronie jest pani profesor Barbara Bień, która jest kierownikiem Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Bardzo prosimy panią profesor.

Kierownik Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku prof. dr hab. nauk med. Barbara Bień:

Dziękuję serdecznie. Nie wiem, czy jestem dobrze słyszana. Bardzo dziękuję za zaproszenie. Przepraszam, że trochę się wyrywam do głosu, ale muszę wyjść za pół godziny, ponieważ czeka powrotny autobus.

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Może odniosę się do kilku na gorąco rzuconych propozycji. Pierwsza rzecz to kiedy postrzegać starość. Definicji starości jest tak dużo jak wielu nas tutaj siedzi. Możemy się zgadzać lub nie, ale na pewno starość jest pojęciem umownym. Podana przez pana profesora Samolińskiego cezura osiemdziesięciu lat jest dosyć dobra, ponieważ w tym okresie życia jest większe ryzyko wielochorobowości oraz złożonej niesprawności. Niemniej nie można powiedzieć, że osoba nawet pięćdziesięciodziewięcioletnia z sześcioma chorobami, psychicznie jeszcze bardziej osamotniona i chora nie mogłaby być podmiotem opieki geriatrycznej. Powiem tak. Problem geriatrii jest to problem postrzegania pacjenta. Kiedy lekarz rodzinny ma pacjenta z trzema,

czterema chorobami jak depresja, zaburzenia pamięci, upadki, nietrzymanie moczu, cukrzyca, obrzęki na nogach itd., itd., to tak naprawdę musiałby napisać sześć, cztery, pięć skierowań. Wtedy powinien mieć szansę, żeby skonsultować pacjenta u geriatry.

Bardzo cenię głos pani doktor, która tutaj wystąpiła, ponieważ zwróciła uwagę na jedną rzecz, na dwie bardzo ważne sprawy. Może zacznę od konstatacji, że geriatria jest spadkobiercą efektu kohorty, czyli działań wszystkich specjalności i naleciałości, przynależności do klasy. Pokolenie urodzonych w latach tysiąc dziewięćset dwudziestych w tej chwili ma dziewięćdziesiąt lat. Przeżyli, dożyli najzdrowsi, najsprawniejsi, ale często w ostatnim roku koszty opieki przed śmiercią nad tą grupą są najwyższe. Koszty hospitalizacji, koszty leków itd. Z jednej strony można powiedzieć, że dożyli. Kłaniamy się tutaj wszystkim specjalnościom, które miały zaszczyt wystąpić na posiedzeniu Komisji, począwszy od kardiologów, przez diabetologów, psychiatrów itd. itd. Dzięki w tej chwili bardzo wysoko technologicznie ustawionym procedurom, implantacjom, interwencjom kardiologicznym, my geriatrzy mamy naszych pacjentów ciągle żywych i uśmiechniętych. Wczoraj była u mnie dziewięćdziesięciodwuletnia pacjentka po usunięciu przed trzema laty z powodu przerzutów raka żołądka i śledziony, świetnie się czująca. Pokazywała mi, jak ćwiczy. Żadnych odchyleń. Żyje i cieszy się życiem. Dla nas jest to ogromna satysfakcja.

Są jednak i takie przypadki, że niestety, ręce opadają. Niestety, jest to często zawinione przez naszą organizację opieki zdrowotnej, która jest rozfragmentaryzowana. Obawiam się o przysłowiowe torby leków. Jeżeli są to duplikaty, to łatwo je wychwycić. Jest natomiast wiele leków niepożądanych, zakazanych dla ludzi starszych, począwszy chociażby od niesterydowych leków przeciwzapalnych i wielu innych.

Druga rzecz to wiedza o tzw. paradoksie metabolicznym. Przepraszam bardzo, że trochę skaczę z tematu na temat, ale na kongresie zakończonym tydzień temu w Białymstoku bardzo wyraźnie mówiliśmy, że inne są zalecenia profilaktyczne, dietetyczne dla populacji geriatrycznej. Żyją ludzie z większym wskaźnikiem masy ciała, z wyższym poziomem cholesterolu, z wyższym ciśnieniem tętniczym. Jeżeli w bierny sposób przyjęlibyśmy to wszystko, co słyszymy w różnego rodzaju środkach masowego przekazu, chociażby na konferencjach ustawionych na daną chorobę, to można by było wyjść z poczuciem schizofrenii, co robić. Co mówią do nas publikatory? Z radia i telewizji wiemy, że na wszystko są lekarstwa. Człowiek naiwny, łatwowierny zaczyna kupować. Wydaje ostatnie grosze na tabletki z gipsem albo z jakimiś szkodliwymi suplementami. Musimy zatem wiedzieć i odpowiedzialnie mówić prawdę naszym seniorom. Kłania się efekt kształcenia.

Usłyszałam dzisiaj od pani dyrektor Brezy, że będąc w Szwecji zobaczyła, jak później zaczyna się niesprawność, jak ludzie żyją dłużej. Jest więc wyraźna kompresja niesprawności przed śmiercią. Chciałabym życzyć, żeby było to dane polskim seniorom. Po to jednak, żeby było to dane... Wrócę do efektu kohorty, czyli do tego, o czym przekonuje nas chociażby „New England Journal of Medicine" z ubiegłego roku, który pokazuje, że straszenie „Gwałtu rety! Choroba Alzheimera obejmie miliardy ludzi na całej kuli ziemskiej", było przesadzone, ponieważ weszły kolejne badania. Metaanalizy pokazują, że wraz z wchodzeniem w starość osób lepiej wykształconych, szczuplejszych, bardziej aktywnych fizycznie, świadomych, rozważnych mamy mniej problemów neurodegeneracyjnych. Widać to w codziennej praktyce, u kogo mamy udary, u kogo mamy nowotwory, u kogo mamy liczne powikłania metaboliczne, cukrzycowe. Wiadomo. Warto się odchudzać, warto rzucać palenie, warto to robić. Ale powinno to być od szkoły podstawowej. A więc jaka pediatria, taka geriatria. Ile wiedzy dajemy naszym dzieciakom, takie szanse dajemy młodemu pokoleniu, żeby kultywowało aktywność fizyczną, zdrowy tryb życia, odejście od leków. My lekarze już wiemy, co zrobić, żeby uchwycić paradoks metaboliczny w wieku starszym. Kończąc swoje wystąpienie – przepraszam, że przegadałam – chciałabym podkreślić, rekomendować edukację, edukację od przedszkola do seniora. To po pierwsze.

Druga rzecz to przygotowanie dobrych programów kształcenia na studiach medycznych. Proszę państwa, tylko co druga uczelnia w naszym kraju, co drugi uniwersytet medyczny ma geriatrię. Nikt z opuszczających te pięć uczelni lekarzy – teraz tworzą się

nowe wyższe uczelnie – nie wie, na czym polega biologia starzenia, jak zmienia się fizjologia, jak zmienia się reakcja na leki. Chodzi o to, żeby nie było takich sytuacji jak na moim oddziale, gdzie 20% przyjęć to skutki zespołu jatrogenne, generowane przez kolegów lekarzy nieświadomie albo z powodu wielolekowości. Edukacja również w zakresie geriatrii nie tylko dla geriatrów, tylko dla pediatrów i wszystkich innych specjalności.

Przy okazji bardzo dziękuję wszystkim wcześniejszym mówcom, którzy pokazali, jakie mamy naprawdę piękne osiągnięcia polskiej medycyny, jak udało się opanować plagę zawałów poprzez interwencje wieńcowe. Niemniej z drugiej strony trzeba być świadomym, że cudowna medycyna ratuje życie, ale często produkuje niesprawnych. Musimy być tego świadomi. Stąd fizjoterapia, rehabilitacja. Bardzo, bardzo to podkreślam.

W końcu po to, żeby geriatrzy mieli jakąkolwiek siłę przebicia, siłę głosu, pokazali się troszeczkę inaczej, błagam wszystkich dofinansujcie ją, bo ginie. Pomimo że tworzą się łóżka, spada zainteresowanie. Dyrektorzy jednostek wcale nie chcą tworzyć geriatrii, nie dlatego że jej nie lubią. Po cichutku mamy mnóstwo pacjentów właśnie rodziców decydentów. Nie chcą z jednego powodu. Mianowicie geriatria przynosi finansowe obciążenie dla szpitali. Lepiej zakładać, duplikować niepotrzebną sztuczną nerkę, następne stymulatory, dlatego że są to lokomotywy dla szpitala. My, niestety, jesteśmy na końcu.

Przepraszam, że tak emocjonalnie odniosłam się do tych wszystkich kwestii. Uważam, że powinniśmy o tym dyskutować. Jest to ostatni dzwonek zanim moje pokolenie odejdzie na emeryturę i nie będzie komu uczyć naszych młodszych kolegów. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Szanowni państwo, bardzo proszę. Dziękuję pani profesor Bień za podzielenie się z nami ważnymi uwagami dotyczącymi wielochorobowości, geriatrii. Jak państwo wiecie, pani premier Ewa Kopacz w exposé przedstawiła ideę powołania Instytutu Geriatrii. My natomiast chcielibyśmy – jest to też wynik moich rozmów z panem profesorem Samolińskim, panem profesorem Błędowskim – zaproponować pani premier, żebyśmy bardziej szli w kierunki Instytutu Gerontologii, żeby i zdrowotne, i społeczne aspekty starzenia się zintegrować w jednej instytucji badawczej. Będziemy o tym rozmawiali później.

O głos poprosiła pani. Następnie mamy dwóch bardzo ciekawych mówców. Poprosimy o głos panią profesor Krystynę Księżopolską-Orłowską, którą przywitałem na początku posiedzenia, która jest konsultantem krajowym w dziedzinie rehabilitacji medycznej, a następnie pana profesora Jerzego Gryglewicza z Uczelni Łazarskiego, który jest także jednym ze współautorów bardzo ciekawego opracowania dotyczącego cukrzycy i analizy kosztów ekonomicznych i społecznych tej choroby. Bardzo proszę. Jeżeli można, proszę do mikrofonu. Zielony przycisk. Ewentualnie zapraszamy do mównicy po prawej stronie.

Konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia środowiskowego prof. nadzw. dr hab. Danuta Mielżyńska-Švach:

Moje nazwisko Danuta Mielżyńska-Švach. Jestem konsultantem krajowym w dziedzinie zdrowia środowiskowego, nie jestem lekarzem, jestem biologiem.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Pani profesor, troszkę bliżej mikrofonu, jeżeli mogę poprosić.

Konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia środowiskowego prof. nadzw. dr hab. Danuta Mielżyńska-Švach:

Na pewne sprawy mam troszkę inne spojrzenie niż państwo jako lekarze. Muszę natomiast szczerze powiedzieć, że absolutnie zgadzam się z moimi przedmówczyniami, dlatego że uważam, że najważniejszą rzeczą jest tzw. prewencja, czyli profilaktyka. Starzenie, nasza starość jest zaprogramowana wcześniej. Jak państwo wiedzą, nasze zdrowie mniej więcej w 60% – tak mówi WHO – zależy od stylu życia, czyli od palenia papierosów, od nieodpowiedniego żywienia, od nadużywania alkoholu, również od stresu itd., itd. Bardzo ważną sprawą, po pierwsze, jest edukacja, o czym mówiła pani profesor wypowiadająca się przede mną. Edukacja od przedszkola po to, żeby dzieci, a następnie ludzie dorośli mieli świadomość, iż ich zdrowie zależy głównie od tego, jak oni poczynają ze swoim zdrowiem. Potem jest problem tego, że to lekarz ma pomóc. A ja mówię na swoich wykładach: „Nie, moi drodzy. Wasze zdrowie jest w waszych rękach. Zależy

od tego, jak będziecie żyć, jak będziecie postępować". Od tego zależy, jakie będziecie mieć zdrowie i jaką będziecie mieć starość. Być może jest to brutalne, ale tak trzeba ludziom mówić. Edukacja powinna być we wszystkich ogniwach, czyli w przedszkolach, szkołach, gimnazjach, również szkołach licealnych i oczywiście na uniwersytetach, czyli na studiach.

Od wielu lat, tak jak państwo, pracuję z młodymi ludźmi. Zmienia się percepcja młodych ludzi. W związku z tym przekaz, jaki musimy im dać, musi być w zupełnie innej formie, w formie nowoczesnej, takiej, która do nich trafi, dlatego że nudny wykład, jaki czasami przygotowujemy na PowerPoincie, dla nich jest właśnie nudny. Oni w ogóle tego nie przyjmują. To, na co się zdecydowaliśmy – pracuję również w Śląskiej Lidze Walki z Rakiem – to przygotowywanie videocastów. Zresztą przeglądałam polski internet. Niektórzy profesorowie, niektórzy wykładowcy przygotowują znakomite videocasty, bardzo ciekawe, edukacyjne. Niektóre są może zbyt poważne, zbyt naukowe. Postawiliśmy na to, żeby videocasty były bardzo zrozumiałe, mówione prostym językiem, widowiskowe, króciutkie, noszące też ładunek emocjonalny. Zauważyłam, że z młodzieżą trzeba nawiązać kontakt. Muszą widzieć, że nam na czymś zależy, że jeżeli o czymś mówimy, jesteśmy absolutnie o tym przekonani. Nie mogę mówić o tym, że w ogóle nie wolno np. pić piwa, ponieważ sama lubię wypić piwo, że w ogóle nie wolno np. zapalić papierosa, ponieważ czasami też zapalę. Ale dokładnie uprzedzam, że nałogowe palenie i nałogowe picie, niestety, prowadzi do bardzo poważnych konsekwencji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękujemy, pani profesor Danucie Mielżyńskiej-Švach, która jest konsultantem krajowym w dziedzinie zdrowia środowiskowego. Dziękujemy za dobre rady dotyczące kształtowania właściwych postaw prozdrowotnych od najmłodszych lat. Dziękujemy, pani profesor, ponieważ styl życia jest czymś, co determinuje nasze zdrowie i naszą kondycję w przyszłości.

W tym momencie chciałbym poprosić panią profesor Krystynę Księżopolską-Orłowską, konsultanta krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Bardzo proszę, pani profesor.

Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej prof. dr hab. nauk med. Krystyna Księżopolska-Orłowska:

Bardzo dziękuję za zaproszenie na tę ciekawą debatę. Szanowni państwo przewodniczący, szanowni państwo. Rehabilitacja jest ważnym słowem. Każdy mówi o rehabilitacji, ale nie każdy do końca wie, czego ona dotyczy. Nasza polska rehabilitacja ma pewne cechy, które są przyjęte w Europie. Jeżeli chodzi o to wszystko, o czym dzisiaj mówimy, musimy mieć świadomość, że bez rehabilitacji chorych ludzi będziemy mieć coraz więcej osób niepełnosprawnych. Rehabilitacja musi iść w parze z aktywnością ruchową, o której wszyscy tutaj mówią, z doskonałym wczesnym leczeniem ciężkich chorób, które grożą śmiercią lub kalectwem. Nie można tego oddzielić. Rehabilitacja kompleksowa, czyli nie tylko medyczna, ale również społeczna.

Oczywiście w pewnym wieku nie możemy mówić o aktywności zawodowej. Wiemy, że fizjologia jest fizjologią, proszę państwa. Nasze geny są tak zaprogramowane, że w którymś momencie pewne choroby wystąpią. Oczywiście ważne jest, żeby wystąpiły jak najpóźniej. Ważne jest, żeby wcześnie zapobiec niepełnosprawności ludzi czy to z powodu POChP, czy to z powodu nowotworu i zmian, jakie zachodzą na skutek leczenia. Proszę państwa, nie ma leczenia bez działań ubocznych. Tak samo jak leki mają działania uboczne, tak samo niektóre procedury, które ratują życie, mają działania uboczne. Wymaga to wytworzenia pewnych mechanizmów kompensacyjnych, które pozwolą człowiekowi na samodzielność. A to może załatwić rehabilitacja, począwszy od pielęgniarki, poprzez dobrze prowadzoną fizjoterapię, poprzez terapię zajęciową, która na całym świecie ma znaczące miejsce, poprzez zaopatrzenie w sprzęt pomocniczy. Przez użycie odpowiedniej łyżki, kuli czy wózeczka pacjent będzie mógł być niezależny. Na to chciałabym zwrócić uwagę.

Chciałabym też przytoczyć słowa pani profesor Bień. Tak samo jak w tej chwili ginie geriatria, tak samo, przepraszam, jest problem z rehabilitacją. Po to, żeby skończyć roz-

mowę na ten temat, gdyż rozumiem, że wszyscy wiedzą, jak to jest potrzebne, chciałabym powiedzieć, że osobodzień osób w stanie przewlekłym, czyli nie neurologicznych, nie kardiologicznych, tylko takich, których mamy w związku z procesem starzenia, na rehabilitacji kosztuje 120 zł. Chciałabym tutaj, w Sejmie zadać pytanie. Proszę, żeby ktoś pokazał mi hotel w Warszawie, w którym płaci się 120 zł za dobę. Tyle u mnie w instytucie na rehabilitacji wyceniony jest osobodzień. A gdzie są opłacani specjaliści? A gdzie jest opłacony cały zespół rehabilitacyjny? Chciałabym tylko zaapelować do siedzących tutaj osób. Żaden szpital nie będzie chciał rehabilitować pacjentów po ciężkich schorzeniach, po ciężkich operacjach, endoprotezach, operacjach nowotworowych, jeżeli będzie otrzymywał pieniądze, które nie pokrywają nawet kosztów dziennego pobytu pacjenta. Jesteśmy w ogromnym deficycie.

Zastanawiałam się, czy o tym mówić, ale jest to chyba dobre miejsce, w którym trzeba to powiedzieć. Będziemy mieli coraz więcej pacjentów, nie takich, którym nagle coś się stało, coś się z nimi zrobi i pacjent będzie dalej funkcjonował, tylko takich, u których proces jest przewlekły, u których proces będzie postępował, u których trzeba opóźnić to, żeby ktoś podawał im szklankę zupy, pomagał w codziennej toalecie, w ubraniu się czy czymkolwiek innym. Jeżeli ktoś, kto ma kontakt z takim ludźmi – ja mam codzienny kontakt – popatrzy na nich, jest to naprawdę upokarzające dla człowieka. Chciałabym tu powtórzyć słowa mojego nauczyciela, profesora Wiktora Degi: „Nie sztuką jest uratować życie a potem zostawić pacjenta samemu sobie". Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękujemy, pani profesor. Bardzo dziękujemy za mądrości, którymi się pani z nami podzieliła.

W tym momencie poprosimy pana profesora Jerzego Gryglewicza o pokazanie aspektów i analizy dotyczącej kosztów. Wszystko, czym się zajmujemy, o czym rozmawiamy, generuje też koszty, i ekonomiczne, i społeczne. Gdyby mógł pan rozszerzyć obszar naszego dzisiejszego poszukiwania właściwych rekomendacji, rozwiązań, bardzo proszę.

Ekspert do spraw zdrowia Uczelni Łazarskiego Jerzy Gryglewicz:

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo. Panie przewodniczący, jedno małe sprostowanie. Nie jestem profesorem. Jestem lekarzem zajmującym się ekonomiką ochrony zdrowia w ramach projektów, które realizujemy na Uczelni Łazarskiego. Projektów w obszarze ekonomiki ochrony zdrowia zrealizowaliśmy czternaście. Projekty te mają wspólny mianownik. Dokonujemy mianowicie analizy wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wydatków Zakładu Ubezpieczeń Społecznych między innymi w podziale na strukturę wiekową, czyli na pacjentów w wieku powyżej sześćdziesięciu pięciu lat i poniżej tego wieku. Dokonujemy też analiz w oparciu o pewną specyfikę dostępności do świadczeń w poszczególnych wojewódzkich oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tak się składa, że bardzo wiele jednostek chorobowych, o których państwo dzisiaj słyszeli, było obszarem prac badawczych naszego zespołu. Między innymi zrealizowaliśmy projekt dotyczący cukrzycy, ale również projekt dotyczący przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Dziękujemy panu profesorowi Śliwińskiemu, który był naszym recenzentem w tym projekcie. Były też projekty dotyczące niewydolności serca, choroby Parkinsona, udarów mózgu. Aspekt dotyczący istotnych obciążeń wydatków zdrowotnych przy tych jednostkach chorobowych w istotny sposób jest skorelowany z wiekiem.

W naszych raportach zwracamy też uwagę na to, na co dzisiaj zwracaliście państwo uwagę, czyli na brak kompleksowego leczenia, zwłaszcza powiązania leczenia z rehabilitacją leczniczą. Pan profesor Śliwiński wspominał o braku rehabilitacji dla pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Aspekty te są dosyć istotne, jeżeli chodzi również o inne jednostki chorobowe. Praktycznie brak jest rehabilitacji dla pacjentów z cukrzycą, a wiadomo, że skuteczna rehabilitacja ruchowa w jednoznaczny sposób zmniejsza zapotrzebowanie na insulinę. Brak jest rehabilitacji, jeżeli chodzi o niewydolność serca. Świetne efekty, jakie mamy, jeżeli chodzi o kardiologię interwencyjną, są zaprzepaszczane brakiem kompleksowej rehabilitacji. Czymś najbardziej niezrozumiałym i wymagającym pilnego działania – wynika to z naszych raportów – jest kwestia udarów mózgu.

Czas oczekiwania na wczesną rehabilitację po udarach mózgu w zdecydowany sposób pogarsza efekty zdrowotne i zwiększa wydatki zarówno po stronie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jak i Narodowego Funduszu Zdrowia.

Co jest istotne? Musimy mieć świadomość, że jesteśmy dosyć biednym krajem w Unii Europejskiej, jeżeli chodzi o wydatki na ochronę zdrowia. Jesteśmy na dwudziestym siódmy, dwudziestym ósmym miejscu zarówno w wartościach bezwzględnych, jak i per capita. Powinniśmy podjąć pewne działania. Z naszych raportów wynika racjonalizacja wydatków, kosztów. Oczywiste jest, że najwięcej wydajemy na drogie leczenie szpitalne. Jak mówiła pani przewodnicząca Janicka, ciężar leczenia powinniśmy przenieść na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną poprzez tworzenie, jak pan profesor Śliwiński, programów profilaktycznych. Dobry program w zakresie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc zanika, zamiast go motywować i rozwijać. Kładziemy akcent na bardzo drogie leczenie hospitalizacyjne. W naszym raporcie dotyczącym cukrzycy jednoznacznie wskazujemy, że dobrze leczona cukrzyca w warunkach ambulatoryjnych, na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej nie wymaga hospitalizacji. To samo jest przy przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc i niewydolności serca. Są to choroby, które generują gigantyczne kwoty związane z hospitalizacją pacjentów. Przełożenie odpowiednich środków finansowych, połączenie odpowiednich dobrych, kompleksowych rozwiązań z rehabilitacją, z opieką psychologa, z opieką środowiskową przyniesie tutaj ewidentne oszczędności w systemie. Polska jest jedynym państwem, które ma tak złą strukturę wydatków na leczenie w sensie leczenia hospitalizacyjnego, zamiast wydatkowania środków na wspomniane obszary. Cały czas mówimy o profilaktyce zdrowotnej, ale jeżeli państwo spojrzycie na zakres programów profilaktycznych realizowanych w naszym kraju, to jest on dalece niewystarczający.

Bardzo serdecznie dziękuję. Wszystkie nasze raporty są dostępne w domenie publicznej na stronach uczelni. Będziemy przygotowywać następny raport dotyczący depresji. W raporcie tym również dokonaliśmy analiz ze względu na wiek pacjentów. Muszę tutaj państwa zaskoczyć. Depresja jest jednak chorobą ludzi młodych, ewidentnie nie tych w wieku sześćdziesięciu pięciu lat. Zdecydowanie przeważa u ludzi młodych i u kobiet. Koszty ponoszone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na tę grupę pacjentów są gigantyczne. Mogę powiedzieć, że do 800.000 tys. zł kosztów pośrednich jest generowanych z wydatków Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękujemy, panie doktorze. Jesteśmy bardzo ciekawi kolejnego raportu Uczelni Łazarskiego, który będzie poświęcony depresji, o czym wspominał także pan doktor z kliniki psychiatrycznej uniwersytety medycznego.

Mamy jeszcze zgłoszenie – proponuję już powoli kończyć – pana wiceprzewodniczącego izby gospodarczej, izby medycznej, pana Ryszarda. Być może głos będzie chciała zabrać także pani profesor Józefa Hrynkiewicz, zastępca przewodniczego Komisji, ale może pani profesor po panu przewodniczącym. Bardzo proszę o zabranie głosu.

Prezes Izby Gospodarczej MEDYCYNA POLSKA Ryszard Olszanowski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Króciuteńko powiem o rehabilitacji. Dzisiaj mamy taką sytuację, że nasz najukochańszy monopolistyczny płatnik swoje szczupłe, bo szczupłe środki kieruje tam – trudno mu tutaj odmówić słuszności – gdzie jest zagrożenie życia. Na to, co już zagrożeniem życia nie jest, czyli rehabilitację – ponieważ pacjent został uratowany – nie starcza środków. Wiem, o czym mówię. Wiem z autopsji, jak to wygląda w rehabilitacji. Dla pacjentów powypadkowych – wiemy, że trzeba ich przywrócić do sprawności, do pracy – być może znajdują się trochę krótsze terminy. Dla pacjentów, którzy chcą tylko poprawić sobie sprawność, na co w pełni zasługują, jest termin może za pół roku, może za osiem miesięcy, a może w ogóle, może zrezygnują. Tak to na co dzień wygląda.

Po to, żeby zakończyć konkretem, być może, panie pośle, panie przewodniczący, warto by było rozważyć przywrócenie opłacania przynajmniej rehabilitacji powypadkowej po wypadkach komunikacyjnych ze środków ubezpieczycieli. Przypomnę, że takie

rozwiązanie ustawowe już kiedyś funkcjonowało. Jak rozumiem, pod wpływem lobby ubezpieczeniowego zostało wycofane i zlikwidowane. Może warto przynajmniej ten strumyk pieniędzy po prostu przywrócić do rehabilitacji. Wtedy będzie więcej pieniędzy dla osób w wieku senioralnym na rehabilitację usprawniającą. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękujemy za tę wypowiedź, za podniesienie owego tematu. Poproszę o głos panią profesor Józefę Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Chciałabym tylko króciutko powiedzieć, że z niezwykłą uwagą i ciekawością wysłuchałam wszystkich głosów. Sądzę, że te niezwykle ważne informacje powinny dotrzeć nie tylko do obecnych tutaj osób. Dlatego zwrócimy się do wszystkich państwa, którzy zabierali głos, a także do wszystkich, którzy uczestniczyli w naszym spotkaniu, z prośbą o przedstawienie swojej wypowiedzi na piśmie, ponieważ chcielibyśmy utrwalić to w jakiejś formie i przekazać do wiadomości większej liczby osób, do wiadomości tych wszystkich, którzy są odpowiedzialni za politykę, politykę medyczną, politykę ochrony zdrowia, generalnie rzecz biorąc, politykę społeczną wobec najstarszej populacji. Jest to problem, który w Polsce na szczęście staje się przedmiotem zainteresowania bardzo wielu środowisk. Myślę, że potrzebne są tutaj bardzo szerokie, zintegrowane działania. Właściwie jesteśmy na początku drogi. Potrzebne są nie tylko działania na poziomie państwa, Sejmu, ale także potrzebne są działania na poziomie samorządów lokalnych. Jest to następny krok, który będziemy musieli wykonać.

Skoro już jestem przy głosie, chciałabym wszystkim państwu bardzo serdecznie podziękować za przygotowane prezentacje, za wystąpienia, za ciekawe informacje, za refleksje, za wskazania, co trzeba zrobić. Myślę, że w miarę naszych możliwości będziemy wykorzystywali wszystkie wskazania, postulaty, sugestie, wnioski, które państwu tutaj przedstawialiście. Będę natomiast bardzo zobowiązana, jeżeli ci państwo, którzy nie zabrali głosu, a chcieli zabrać głos, przekażą to w formie elektronicznej bądź w formie pisanej, jak będzie państwu wygodniej, do Sekretariatu Komisji Polityki Senioralnej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Szanowni państwo, bardzo dziękujemy. Rzeczywiście jest to bardzo cenna inicjatywa pani przewodniczącej Hrynkiewicz. Chcielibyśmy poprosić Biuro Analiz Sejmowych o wydanie tych państwa wystąpień, które dla nas przygotujecie, a które będą dotyczyły chorób cywilizacyjnych osób w wieku podeszłym.

Szanowni państwo, chciałbym jeszcze państwa poinformować. To, o czym mówiła pani profesor, jest rzeczą bardzo ważną. Politykę senioralną buduje się i z góry, i z dołu. Dzisiaj między innymi z częścią z państwa mieliśmy okazję uczestniczyć w konferencji rynku medycznego. Pan profesor – proszę przypomnieć, pani profesor – jeden z panów profesorów, który dzisiaj wziął udział w konferencji rynku medycznego... Pani profesor Hrynkiewicz śmiała się, że jeden z naszych prominentnych polityków ostatnio też zapomina. Chodzi o to, że są też wyzwania na poziomie lokalnym, na poziomie samorządowym. Dyrektor kliniki w Zabrzu, nie pamiętam nazwiska... Tak, pan profesor Zembala, przepraszam. Zresztą zachęcam państwa do obejrzenia filmu „Bogowie", który w fantastyczny sposób przybliża problematykę transplantacji, wielkich pionierów, którzy się tego podjęli, wielkiego wyzwania, jakim było ratowanie życia w tych trudnych czasach, kiedy jeszcze nie było ku temu odpowiednich warunków. Otóż pan profesor Zembala mówił o ciekawych projektach, które upowszechnia też na własną rękę. Jest to program o nazwie „Przystanek obok szpitala", jak też program o nazwie „Ławka". Chodzi o to, żeby przystanki autobusowe były tak usytuowane, żeby autobusy zatrzymywały się bardzo blisko głównych wejść do szpitali. Program „Ławka" dotyczy tego, żeby ławki pojawiały się w przestrzeni publicznej, ponieważ zachęcają one osoby starsze do spacerów, do tego, żeby wychodzić z domu. W zakresie własnych odpowiedzialności możemy wnieść swoją małą cząstkę do wielkiego projektu, jakim jest działanie na rzecz seniorów.

Chciałbym poinformować o jeszcze jednej sprawie, z której też bardzo się cieszę. Jak państwo wiecie, w dniu 30 listopada weszły w życie przepisy znowelizowanej ustawy

o samorządzie gminnym, które pozwalają wszystkim gminom w Polsce na powoływanie gminnych rad seniorów jako ciał inicjatywnych, konsultacyjnych, doradczych. W ubiegłym tygodniu powstała Warszawska Rada Seniorów, która zapoczątkowuje proces powoływania także dzielnicowych rad seniorów w osiemnastu warszawskich dzielnicach. Obecna tutaj pani profesor Kozdroń oraz pan Stanisław Trzmiel zostali powołani do rady z ramienia swoich środowisk. Serdecznie gratuluję i cieszę się, że będziemy mieli okazję współpracować w tym nowym instytucjonalnym podmiocie, jakim jest Warszawska Rada Seniorów.

Szanowni państwo, jeszcze jedna informacja, ale jest to informacja tylko dla państwa posłów. Nasza Komisja chciałaby zbierać dobre praktyki, o których częściowo wspominałem, dobre praktyki, które pojawiają się w przestrzeni samorządu terytorialnego. Chciałbym poinformować, że nasza Komisja – oczywiście osoby chętne – będą wizytować w Łodzi instytucje samorządowe, które zajmują się sprawami osób starszych, ich aktywnością, opieką nad osobami niesamodzielnymi. Wyjazd na wizytację do Łodzi jest planowany we wtorek 28 października o godz. 8.00. Powrót będzie około godz. 18.00. Ci z państwa posłów, którzy są jeszcze obecni, a chcieliby w tym uczestniczyć, proszeni są o zgłaszanie się do sekretariatu Komisji.

Zamykając posiedzenie Komisji, chciałbym bardzo serdecznie państwu podziękować za cenną dyskusję, która oczywiście będzie miała swój finał w postaci zebrania państwa opinii, rekomendacji także w postaci publikacji, o której wspominała pani wiceprzewodnicząca. Życzę miłego wieczoru. Dziękuję za obecność. Do widzenia.